FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel LÉVY-BRUHL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
né à Chatou (Seine-et-Oise) le 26 avril 1883.

Travail du Service et du Laboratoire
du Docteur Darier à l'hôpital Saint-Louis.

L'ULCÈRE TUBERCULEUX ATYPIQUE DE LA PEAU

Président : M. ACHARD, *Professeur*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1914

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

187

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Médecin de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A LA MÉMOIRE DE MES PREMIERS MAITRES

Le Docteur Anselme Weill, Médecin en chef de l'Hôpital Rotschild.

Le Docteur Merklen, Médecin de l'Hôpital Laënnec.

Le Professeur Brissaud.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur Reclus.

M. le Professeur Widal.

Externat :

M. le Docteur Reynier.

M. le Docteur Lion.

M. le Docteur Achard.

M. le Docteur Klippel.

Internat :

M. le Docteur Bourneville (*in memoriam*).

M. le Docteur Lion.

M. le Docteur Ramond.

M. le Docteur Darier.

M. le Docteur Hudelo.

M. le Professeur Hayem.

M. le Docteur Gouget.

MM. Bensaude, André Bergé, T. Bruhl, Rist, médecins des hôpitaux.

M. le Docteur Léon Zadoc-Kahn, médecin en chef de l'hôpital Rotschild.

M. le Docteur Justin Jolly, directeur à l'École des Hautes-Études.

A MES MAITRES ET AMIS

MM. Armand-Delille, Burnet, Civatte, L. Launoy.

INTRODUCTION

En dermatologie, plus encore que dans les autres branches de la médecine, le champ des affections rattachées à la tuberculose apparaît beaucoup plus vaste depuis les travaux des trente dernières années, et si ce domaine élargi n'a pas encore à l'heure actuelle de limites tout à fait nettes, on peut s'en faire dans l'ensemble une idée assez précise. L'étude des affections cutanées est particulièrement favorable à ces recherches, puisque c'est là qu'on peut, d'une part, provoquer sans crainte et observer avec le plus de netteté les réactions à la tuberculine, et, d'autre part, grâce à la biopsie, pratiquer dans les meilleures conditions les examens histo-bactériologiques.

Ces épreuves, complétant l'observation clinique, nous ont apporté, pour établir la nature tuberculeuse d'une affection, une série de critères dont deux ont une valeur indiscutable : la présence du bacille de Koch dans les lésions et l'inoculation au cobaye, animal réactif de choix. Les dermatoses dont la nature tuberculeuse a

pu être ainsi démontrée, sont groupées dans la *tuberculose cutanée* proprement dite.

Au contraire, la coexistence d'autres manifestations tuberculeuses, l'aspect clinique et la structure histologique des lésions, leur lenteur d'évolution, leur réaction à la tuberculine n'ont que la valeur de signes de présomption; ils caractérisent, en l'absence des signes de certitude, le groupe des *tuberculides*.

Mais ces deux groupes ne forment pas des blocs homogènes. D'une part, des faits de passage les relient entre eux : présence sur un même malade de tuberculides et de lésions indiscutablement tuberculeuses, cas exceptionnels de tuberculides où la présence de bacilles a pu être prouvée. D'autre part, la *tuberculose cutanée* doit être envisagée comme une série de types cliniques de virulence inégale, les plus atténués par leurs caractères et leur évolution, étant en même temps les plus pauvres en bacilles et les moins infectants au point de vue expérimental; série qui va en décroissant de l'ulcère tuberculeux jusqu'au lupus et se prolonge vers les tuberculides.

Si nous considérons maintenant la forme ulcéreuse de la tuberculose cutanée, nous y trouvons les différents degrés de cette échelle des virulences. Mais, alors que le type supérieur, « l'ulcère tuberculeux » des classiques est aujourd'hui bien connu, que les caractères cliniques, histologiques et bactériologiques, en ont été bien déterminés, tout le reste est confondu dans les traités sous une même description vague et sommaire. Il semble pourtant qu'on puisse actuellement isoler dans cette sorte de *caput*

mortuum un type d'ulcère qui constitue une véritable entité nosologique et se présente au moins cliniquement comme de virulence atténuée.

Cette variété d'ulcérations tuberculeuses ne se trouve pas décrite daus les traités classiques. M. Darier l'a signalée sous le nom d' « ulcère tuberculeux atypique » dans son *Précis de Dermatologie* paru en 1909. Depuis lors, il en a observé plusieurs cas dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Il a bien voulu m'en confier l'étude; j'ai pu ainsi préciser certains caractères anatomo-cliniques et bactériologiques de cette affection et en tracer l'esquisse que je présente ici. Je suis heureux d'exprimer à mon maître ma profonde reconnaissance pour ses encouragements et ses précieux conseils.

Je remercie également mes amis le docteur Civatte et le docteur Burnet qui m'ont aidé si cordialement dans cette étude.

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS CLINIQUES

Observation I.

Jeanne R., 17 ans, entre à la salle Biett le 21 avril 1912.

La malade entre à l'hôpital pour des ulcérations persistantes de la face et du cou et pour une éruption généralisée apparaissant, dit-elle, tous les ans à la même époque. Sur les antécédents héréditaires de la malade, nous n'avons que des renseignements peu précis : son père aurait présenté de dix-huit à vingt-six ans des ulcérations analogues à celles de notre malade, siégeant au niveau du cou, et il aurait subi une opération dont nous ignorons la nature ; il porterait actuellement encore des cicatrices assez étendues. Sa mère est morte à l'âge de vingt ans d'une maladie ayant duré environ six semaines.

Notre petite malade a toujours habité la campagne ; elle a été réglée à l'âge de seize ans et n'a pas eu depuis de troubles de la menstruation.

Les ulcérations qu'elle présente auraient débuté à l'âge de cinq ans à la suite d'une rougeole ; on aurait vu se former dès cette époque sur le cou, l'épaule droite et dans le dos, des « grosseurs » qui, depuis se sont ouvertes et cicatrisées. Depuis l'âge de cinq ans, la malade verrait se produire de

temps à autre de ces ulcérations qui durent deux à trois ans, puis se cicatrisent les unes définitivement, les autres pour se rouvrir ultérieurement. De plus, depuis son enfance également, la malade a eu en mars-avril de chaque année, une éruption généralisée analogue à celle qu'elle présente actuellement, éruption qui disparaît spontanément au bout de deux à trois mois.

État actuel. — 1° *Lésions ulcéreuses de la face, du cou et du thorax.* — On trouve :

Au niveau de la joue gauche une ulcération allongée de haut en bas mesurant six centimètres sur deux et demi, à bords irréguliers, finement découpés; ces bords sont peu saillants, épidermisés par endroits, le bord antérieur présentant un assez gros bourrelet épidermique. Le fond de l'ulcération est rosé, jaunâtre en certains points, un peu irrégulier. L'ulcère n'est pas très creux, et les bords en sont en pente douce. Un pont cutané sous lequel on peut aisément glisser un stylet, — pont qui mesure un centimètre et demi d'épaisseur, — la divise en deux portions, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette ulcération daterait d'une dizaine d'années.

Autour de l'oreille gauche, cicatrices blanches de lésions anciennes datant de quatre ans environ.

Du côté droit :

Sous le menton, cicatrices blanches déprimées, scléreuses, de lésions anciennes probablement d'origine ganglionnaire.

En avant de l'oreille, infiltration violacée non ulcérée formant une masse du volume d'un gros haricot. En arrière du pavillon, lésions violacées ulcérées au centre; les bords de l'ulcération sont irréguliers, de coloration rouge, le fond est assez régulier, pas creux. Plus en arrière encore, cicatrices anciennes sur lesquelles on trouve une lésion récente érosive, violacée, croûteuse par endroits.

Le long du sterno-cléido-mastoïdien et se continuant vers la région sus-claviculaire, on trouve une ulcération allongée, très superficielle, à bords irréguliers, finement découpés. Le

fond de l'ulcération de couleur jaune rougeâtre et végétant est recouvert en trois endroits par des ponts cutanés.

Le dos présente dans la région sus-épineuse gauche deux cicatrices blanches déprimées, nacrées.

Fig. 1.

Du côté droit, dans une région symétrique, on trouve une plaque violacée infiltrée présentant à sa partie moyenne un orifice arrondi à bords décollés. Un stylet introduit par cet

orifice montre un décollement de 6 centimètres environ. Le fond est irrégulier, grisâtre; la pression fait sourdre une gouttelette de pus sanieux.

Thorax. — Dans la région pré-sternale du côté gauche, à la partie supérieure, cicatrice blanche, un peu rosée, légèrement déprimée au centre qui se continue en bas avec une ulcération présentant les caractères des précédentes avec des bords décollés et un fond à surface irrégulière jaunâtre.

La vitro-pression pratiquée avec soin sur tout le pourtour de ces lésions ulcéreuses ne montre pas de nodules lupiques, mais une teinte un peu jaunâtre des tissus.

2° Sur les membres et le tronc, respectant la face et le cou, on trouve une éruption abondante de petits éléments papuleux, d'un rose jaunâtre, brillants, groupés en amas sur les membres, en anneaux, sur le tronc (lichen scrofulosorum); d'autres éléments, surtout abondants sur le dos, présentent au centre une vésico-pustule ou sont recouverts d'une croûtelle; après ablation de la croûte, on voit nettement un petit puits bien creux (tuberculides papulo-nécrotiques).

L'état général de notre malade ne paraît pas atteint.

Poids : 45 k. 600.

On trouve des ganglions cervicaux, inguinaux et axillaires un peu augmentés de volume.

Poumons. — Aux deux sommets, respiration faible.

Au sommet droit, en avant surtout, sonorité diminuée, vibrations augmentées.

Rien au cœur.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

On porte le diagnostic de : ulcères tuberculeux atypiques associés à des tuberculides à type lichen scrofulosorum et papulo-nécrotiques, et on décide d'instituer, après photographie, biopsie et cuti-réaction, le traitement par la tuberculine.

24 avril. — La cuti-réaction à la tuberculine se montre nettement positive (tuberculine brute de l'Institut Pasteur).

2 mai. — Début du traitement par la tuberculine : injection sous-cutanée à la cuisse gauche de 1 centimilligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur.

Fig. 2.

Très légère élévation de température : 38°1. Aucune réaction des lésions.

6 mai. — Injection de 3 centimilligrammes. Pas de réac-

tion générale, mais au niveau de la cuti-réaction, poussée érythémateuse assez marquée.

10 mai. — Deux décimilligrammes; aucune réaction.

17 mai. — 4 décimilligrammes; aucune réaction générale, au niveau de l'injection plaque érythémateuse.

25 mai. — 8 décimilligrammes (à 9 heures du matin).

Frissons violents à 6 heures du soir; à 9 heures, température à 40°.

Réaction très nette au niveau des lésions cutanées.

Râles au sommet droit.

1er juin. — Les lésions ulcéreuses commencent à se cicatriser.

5 juin. — L'ulcération du cou est cicatrisée. Celle du thorax se cicatrise rapidement; le bourrelet épidermisé persiste sans modification.

10 juin. — Suppression de la tuberculine. Application d'une pommade à la créosote.

Dans l'ensemble, la malade se sent améliorée : le lichen a nettement pâli, mais certaines ulcérations persistent : la lésion de la joue droite se ramollit et s'ouvre.

Le décollement du dos s'est ouvert en plusieurs endroits.

On applique la pommade à la créosote du 10 au 18 juin, mais le résultat ne paraît pas très satisfaisant. L'ulcération du cou s'étant rouverte, on reprend la tuberculine.

21 juin. — Six décimilligrammes.

22 juin. — Réaction générale très vive (température 40°5 à minuit). Réaction locale assez marquée. Pluie de râles fins aux deux sommets, sans hémoptysie.

A cause de cette poussée congestive pulmonaire, on suspend la tuberculine; les ulcérations sont pansées au naphtol camphré et au naphtalan.

La cicatrisation est assez rapide, les bourgeons exubérants sont cautérisés au nitrate d'argent.

15 juillet. — La lésion du cou et celle du thorax sont cicatrisées, mais la lésion pré-auriculaire droite s'est ouverte en

plusieurs points et présente un décollement de 5 centimètres. Elle laisse sourdre un pus assez abondant, jaunâtre, où l'examen microscopique ne montre pas de bacilles.

La lésion du dos, ulcérée dans sa partie interne, est décollée sur trois centimètres et présente une suppuration assez abondante. M. Darier fait injecter dans le foyer de l'huile iodoformée créosotée.

Injections d'huile le 17, le 20 et le 26 juillet.

Amélioration assez notable.

12 août. — On reprend le traitement par la tuberculine.

L'état des lésions est le suivant : en avant, sur la poitrine, cicatrice complètement fermée.

Au cou, du côté droit, une cicatrice tout le long du sterno-cléïdo-mastoïdien, portant un point érosif et suintant, en haut, derrière l'oreille. La lésion s'élargit par en bas et cette portion élargie présente une ulcération des dimensions d'une pièce de un franc qui suppure et saignotte;

A gauche, sur la joue, une cicatrice présentant à son centre une ulcération grande comme une pièce de 0 fr. 50.

En arrière à la nuque du côté droit, une petite ulcération ovalaire suppurée et saignante.

Injection de 1 décimilligramme de tuberculine.

19 août. — Injection de 2 décimilligrammes.

Pas de changement dans l'état des lésions.

26 août. — Injection de 4 décimilligrammes.

Même état des lésions.

4 septembre. — Injection de 8 décimilligrammes.

On note 24 heures après l'injection au niveau de la piqûre une réaction érythémateuse avec prurit et douleurs musculaires au niveau de la cuisse.

16 septembre. — On trouve aujourd'hui un placard allongé suivant la direction de l'axe du membre, ovalaire, un peu irrégulier, de couleur rouge un peu livide, à surface granuleuse, formé de papules coalescentes grosses comme des têtes d'épingles légèrement squameuses : lichen scrofulo-

sorum. En outre, des taches rosées, à bords peu nets, des dimensions d'une pièce de 5 francs sur la jambe et la cuisse droites et une tache de 4 centimètres de diamètre de couleur rouge, un peu infiltrée, couverte de squames nacrées.

18 septembre. — Toutes les ulcérations précédemment décrites sont fermées, sauf :

Au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur à droite une ulcération à bords décollés mesurant 1 centimètre de hauteur sur 5 millimètres de largeur; au-dessous, petite ulcération verticale de 3 millimètres de haut sur 1 millimètre transversalement. L'ulcération supérieure a ses bord décollés de 2 millimètres en avant, 5 millimètres en haut et 3 à 4 millimètres en arrière ; elle communique en bas sous une partie cicatrisée avec l'ulcération inférieure. Pas de sécrétion purulente. Au-dessous et en arrière, ulcération ronde de 3 millimètres de diamètre recouverte d'une croûte jaunâtre.

A la nuque, du côté droit, à égale distance de la colonne vertébrale et du bord externe du cou, à 5 millimètres au-dessus de l'épine de l'omoplate, ulcération ovalaire à grand axe oblique en haut et en dehors mesurant 1 centimètre et demi, à petit axe de 1 centimètre. Les bords sont infiltrés, et par un pertuis de 1 millimètre de diamètre, on fait sourdre du pus crêmeux. Les bords ne sont pas décollés en avant; décollement de 1 millimètre seulement en arrière; ces bords sont d'un rouge livide sur une largeur de 2 centimètres.

Injection de 14 décimilligrammes de tuberculine à la face antéro-externe de la cuisse gauche.

A midi, pas de fièvre.

A 3 heures, 38°; frisson vers 4 heures, nuit un peu agitée.

Le lendemain, la malade se sent fatiguée et n'a pas d'appétit, mais n'accuse pas de douleur au niveau de l'injection; on trouve pourtant de la rougeur avec un peu d'induration.

20 septembre. — La malade n'a pas dormi dans la nuit, mais elle n'a pas eu de frisson. On trouve au niveau de l'injection

de la rougeur et de l'induration. De plus rougeur plus marquée, sur les bras, des plaques de lichen scrofulosorum, et congestion des cicatrices thoraciques, de la bordure des ulcérations et du fond de ces ulcérations avec un suintement plus abondant.

21 septembre. — Pas de changement appréciable.

23 septembre. — Au niveau de la dernière injection de tuberculine, on note une teinte plus foncée de la tache érythémateuse, teinte uniformément rouge, disparaissant à la pression, pas de squames.

Pas de changement au niveau des lésions ulcérées.

28 septembre. — L'ulcération du côté gauche au niveau du maxillaire présente les mêmes dimensions, le même fond bourgeonnant ; les bords ont repris leur coloration rouge. Pas de décollement en avant, décollement de 3 millimètres en arrière.

La lésion de la nuque se présente comme portant 2 ulcérations, l'une de 12 millimètres de hauteur et 7 de largeur, l'autre de 15 millimètres de hauteur et 5 de largeur.

Le fond en est rouge vif, bourgeonnant et non suintant. Les bords sont peu élevés, non décollés, sauf sur un point de l'ulcération supérieure qui présente à son bord supéro-interne un décollement de 2 millimètres.

La plaque ecchymotique qui a succédé à la piqûre du 18 septembre est aujourd'hui nettement squameuse et infiltrée. Au niveau des injections précédentes, on trouve de larges lamelles de desquamation.

30 septembre. — Injection de 15 décimilligrammes de tuberculine.

1er octobre. — Dans la nuit, la malade a eu des sueurs abondantes. La température est montée à 40°7. Ce matin, le pouls est à 120. La malade se plaint de fatigue et de légère céphalée.

Localement, on trouve au niveau de la piqûre (face externe de la cuisse droite), une plaque ovalaire mesurant 5 centi-

mètres sur 4, rougeur et infiltration à bords peu nets, aucune papule à ce niveau ni dans le voisinage.

2 octobre. — Température : 37°6. Pouls : 84.

L'ulcération de la nuque est rouge et congestionnée. En enlevant le pansement on voit qu'elle a saigné assez abondamment. L'épiderme semble avoir disparu sur une petite surface au-dessous et à droite de l'ulcération. Les cicatrices sont encore légèrement congestionnées. Localement, au niveau de la dernière piqûre, on trouve de la rougeur avec infiltration légère un peu douloureuse à la pression.

5 octobre. — Au niveau de la dernière piqûre, l'infiltration a diminué, il persiste une teinte ecchymotique. On suspend le traitement à la tuberculine à cause des réactions violentes qu'il provoque, et de l'état stationnaire des lésions ulcéreuses encore en activité.

8 octobre. — Application de rayons X, 2 H. 1/2 sur les parties malades.

10 octobre. — Dans la région parotidienne, l'ulcération mesure 12 millimètres sur 5. Le décollement est en haut 12 millimètres, en arrière 3 millimètres, en bas 4 millimètres : en avant, pas de décollement.

Au niveau de la nuque, on trouve des croûtes au nombre de 3 recouvrant des ulcérations ; l'une supéro-externe mesure 10 millimètres sur 10, l'autre supéro-interne 5 millimètres sur 6, la troisième inférieure et externe 4 millimètres sur 6 ; tout autour, l'épiderme très aminci recouvre une zone d'un rouge foncé formant dans l'ensemble une surface triangulaire à sommet inféro-externe qui mesure 4 centimètres sur 3. Entre les deux ulcérations supérieures, on trouve sur 1 centimètre et demi de longueur et 1 centimètre de large une sorte de cordon épaissi, de teinte plus blanchâtre.

16 octobre. — On arrête le traitement radiothérapique après une seule séance qui n'a pas provoqué de réaction et on commence un traitement par l'huile goménolée.

25 octobre. — On cesse l'huile goménolée et on décide une

intervention chirurgicale, étant donné l'état stationnaire des lésions ulcéreuses.

30 octobre. — L'état des lésions est le suivant :

Dans la région cervicale postérieure du côté droit on trouve une lésion de forme triangulaire correspondant à la surface d'une pièce de 5 francs ; sur un fond rouge un peu infiltré on note d'abord à la partie externe une ulcération ronde, des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, à la partie interne, 3 ulcérations plus petites; la zone centrale a un aspect cicatriciel, blanchâtre et légèrement déprimé. La pression ne détermine pas de douleur et fait sourdre des gouttelettes de pus. La vitro-pression ne montre aucun nodule lupique. Dans la région symétrique, à gauche, on voit une cicatrice blanchâtre et déprimée au centre, un peu rouge à la périphérie, présentant l'étendue d'une pièce de 5 francs.

En avant de la branche montante du maxillaire inférieur, à droite, lésion allongée dans le sens vertical mesurant 4 centimètres sur 1 centimètre infiltrée, à bords nettement limités, bords qui s'élèvent progressivement formant une saillie de 4 millimètres. Cette lésion est recouverte d'une croûte sous laquelle on trouve une ulcération, à fond un peu bourgeonnant, suintant et saignant; les dimensions sont celles d'une pièce de 0 fr. 50. Les bords sont décollés du côté interne, en pente douce et régulière du côté externe. La base et le pourtour présentent une infiltration mollasse. A la vitro-pression, pas de nodule lupique. La pression fait sourdre une gouttelette de pus.

On trouve dans la région cervicale des ganglions petits et indolores.

6 novembre. — Intervention chirurgicale dans le service du Docteur Rieffel, par M. Pont, interne du service.

Anesthésie au chloroforme.

Ablation des lésions de la joue droite et de la nuque faite largement, en dépassant les limites de la zone infiltrée. Hémostase. Suture. Suites normales.

8 novembre. — La malade a eu quelques vomissements. Pas d'ictère. Pas d'albumine dans les urines.

12 novembre. — Léger mouvement fébrile passager.

La réunion s'est faite par première intention et d'une manière parfaite à la joue droite. A la nuque, il persiste un point suintant.

Décembre. — La plaie de la nuque a guéri après quelques semaines de soins et de pansements.

Les autres lésions sont cicatrisées d'une manière très satisfaisante. La malade quitte l'hôpital en très bon état. Son poids est de 51 k. 200.

Avant d'exposer les résultats des examens histo-bactériologiques pratiqués après biopsie, résumons en quelques lignes l'observation clinique.

Notre malade présentait à son entrée dans le service deux ordres de lésions cutanées : une éruption d'éléments papuleux et folliculaires qui, par leur aspect et leur topographie, apparaissaient manifestement comme des tuberculides (lichen scrofulosorum et papulo-nécrotiques) et, d'autre part, des ulcérations multiples et persistantes d'un aspect un peu insolite. La nature tuberculeuse de ces lésions ulcéreuses pouvait être soupçonnée d'après l'irrégularité des contours finement découpés, le peu d'induration des bords, le peu de tendance à creuser en profondeur. Les caractères des cicatrices, la lenteur de l'évolution étaient également en faveur du diagnostic de tuberculose et la présence des ponts cutanés constituait un symptôme presque pathognomonique. D'ailleurs, seule une syphilis atypique aurait pu présenter des lésions analogues et rien, ni dans les antécédents de la malade, ni

dans les signes fournis par l'examen clinique, ne permettait de soupçonner une syphilis acquise ou héréditaire.

Mais en même temps cet examen clinique montrait des particularités insolites qui ne permettaient de classer ce cas dans aucun des types classiques de la tuberculose cutanée. Nous étions en présence de lésions primitivement ulcéreuses. L'ulcération, en effet, n'était secondaire ni à l'ouverture de gommes ramollies qui se serait caractérisée par une évolution et un aspect tout différents, ni à un processus de papillomatose ou d'infiltration nodulaire comme dans la tuberculose verruqueuse, ou le lupus. L'examen attentif des régions malades et l'épreuve de la vitro-pression n'y montraient pas les nodules translucides « sucre d'orge » si caractéristiques du lupus, non plus que la moindre apparence de papillomatose. Nous avions donc affaire à des ulcères tuberculeux de la peau, mais ils présentaient des caractères très différents du type classique de l'ulcération tuberculeuse.

D'abord le siège des lésions ne présentait pas cette localisation habituelle au voisinage de la bouche ou de l'anus qui s'explique par une auto ou une hétéro-inoculation de bacilles généralement très virulents. Dans notre cas, la topographie des lésions et leur dissémination ne paraissaient pas en rapport avec une inoculation externe, mais plutôt avec des embolies bacillaires parties d'un foyer viscéral ou ganglionnaire. Les dimensions étaient également anormales, de même que les contours des bords finement découpés; enfin des caractères négatifs de haute importance devaient être notés :

absence de douleurs, sensibilité très légère, même à la pression; absence des points jaunes de Trélat.

Dans l'évolution particulièrement torpide se marquait aussi le caractère atténué de l'affection. Nous n'avons pas assisté à la période de début et nous ne savons pas exactement comment se formaient ces foyers ulcéreux, les renseignements que fournit la malade sur ce point étant assez vagues, mais un fait est certain, c'est que les lésions, une fois constituées, évoluaient avec une extrême lenteur. Spontanément, sans aucun traitement, au dire de la malade, un certain nombre de ces foyers avaient cicatrisé de manière parfaite. Au contraire, en d'autres points, les lésions persistaient et s'aggravaient. Enfin, au niveau d'autres foyers, la cicatrisation n'était qu'apparente et sous une région superficiellement cicatrisée on trouvait des décollements de plusieurs centimètres. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, l'évolution fut modifiée par l'action de la tuberculine. Cette action ne se manifesta qu'après l'emploi de doses relativement élevées et se marqua d'abord par une réaction congestive locale des foyers coïncidant avec la réaction générale (température à 40°, abattement, frissons). Le traitement ayant été poursuivi à doses progressivement croissantes, les effets favorables en furent manifestes au bout de quelques semaines. D'une part, nous vîmes s'affaisser et disparaître l'éruption papuleuse à type de lichen scrofulosorum; d'autre part, un grand nombre des foyers ulcéreux se mirent à bourgeonner et à cicatriser rapidement. Mais deux de ces foyers qui avaient paru réagir au début, ne furent bientôt plus influencés par la

tuberculine même prolongée à doses assez élevées. Ces ulcères rebelles de la nuque et de la joue droite ne furent pas améliorés non plus par les applications de topiques et devant la persistance du processus ulcéreux en ces points, nous décidâmes l'extirpation chirurgicale qui réussit fort bien. En somme, la tuberculine nous avait donné une amélioration manifeste et assez rapide, mais incomplète. L'état général de la malade à sa sortie était très satisfaisant.

Examen histologique.

1° *Fragment du bord d'une lésion ulcéreuse prélevé par biopsie par M. Civatte le 2 mai 1912.* — A un faible grossissement, on voit que la coupe comprend une portion du bord de l'ulcère où les tissus sont altérés et infiltrés mais non détruits, et une portion ulcérée où l'épiderme, les tissus élastique et conjonctif du derme, ont disparu et sont remplacés par une sorte de bourgeon charnu contenant des vaisseaux.

Sur le bord on trouve un épiderme en hyperacanthose dont les bourgeons interpapillaires sont allongés et irréguliers, la zone qui coiffe les papilles étant au contraire amincie. Cet épiderme s'amincit progressivement à mesure qu'on se rapproche de la portion ulcérée.

Dans le derme, se trouve un infiltrat qui occupe tout le corps papillaire et le chorion et envoie des prolongements autour des vaisseaux du plexus sous-dermique et des glandes. Au niveau des papilles qui sont allongées, œdématiées, c'est une infiltration diffuse, peu dense. On est frappé par l'abondance des plasmazellen très volumineuses et fortement colorées. Dans le chorion, au contraire, l'infiltrat est plus dense. On y trouve des follicules tuberculoïdes typiques.

Dans la portion ulcérée, un tissu de bourgeon charnu remplace les tissus normaux qui ont complètement disparu. Des vaisseaux de nouvelle formation y sont assez nombreux. Autour de ces vaisseaux, on note un infiltrat cellulaire peu dense à la partie superficielle, un peu plus dense en profondeur; pas de follicules tuberculoïdes, quelques cellules géantes et un grand nombre de plasmazellen groupées en plasmomes périvasculaires ou disséminées dans le tissu.

Dans la profondeur, on trouve un tissu conjonctif présentant une réaction fibreuse et des vaisseaux peu altérés.

Un plus fort grossissement montre la nature et les caractères des cellules formant l'infiltrat.

Dans la portion non ulcérée, ce qui domine ce sont les plasmazellen typiques, très volumineuses, avec leur noyau excentrique, unique, exceptionnellement double, et leur protoplasma abondant, fortement coloré en rouge par la pyronine (coloration de Papenheim, vert de méthyle-pyronine). On rencontre également des cellules rondes, lymphocytes et mononucléaires plus volumineux, des polynucléaires et quelques cellules conjonctives étoilées. Les follicules sont constituées par des cellules épithélioïdes, à noyau allongé, à protoplasma peu dense, de forme ramifiée. Les cellules géantes n'atteignent pas de très grandes dimensions et contiennent huit ou dix noyaux périphériques.

Dans la portion centrale, ulcérée, on retrouve les mêmes éléments cellulaires, mais les plasmazellen y sont moins nombreuses, par contre, on y trouve plus de cellules conjonctives.

2° *Pièce enlevée chirurgicalement le 6 novembre.* — L'examen de divers fragments de cette pièce montre les mêmes lésions que dans la biopsie du mois de mai : même tissu de bourgeon charnu contenant des vaisseaux autour desquels sont groupées des cellules de diverses variétés parmi lesquelles dominent les cellules conjonctives et les plasmazellen. Sur les bords même infiltrat avec conservation partielle du tissu élastique et formation de follicules tuberculoïdes, les uns superficiels

au niveau du corps papillaire, les autres situés dans le chorion.

On trouve également des amas lymphoïdes et des cellules géantes très volumineuses contenant une vingtaine de noyaux.

Sur un de ces fragments, nous voyons l'épiderme parvenu au bord de l'ulcération s'infléchir et pénétrer dans une sorte de fistule ; ceci correspond au bord décollé que l'on observe en clinique. Sur un autre fragment de la pièce se voient éga-

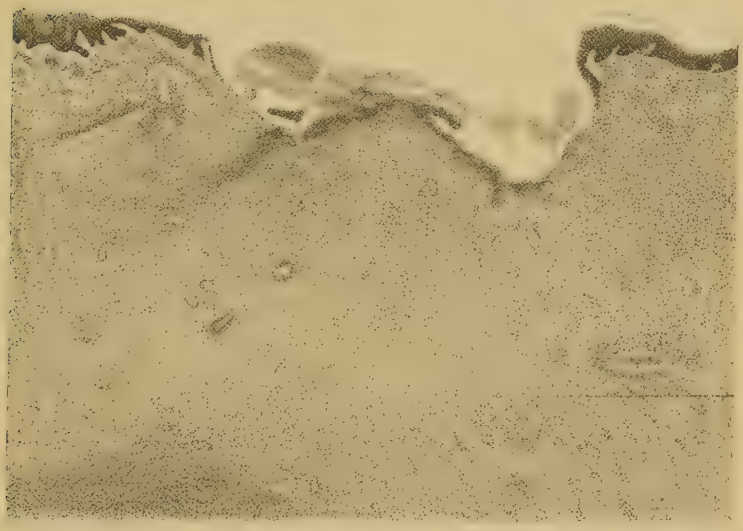

Fig. 3.

lement des follicules tuberculoïdes. On y trouve les différents éléments du follicule groupés de façons diverses, tantôt suivant la disposition classique : cellules géantes au centre, cellules épithélioïdes tout autour et cellules lymphoïdes à la périphérie ; tantôt les cellules épithélioïdes sont mêlées aux cellules géantes, tantôt le follicule est purement épithélioïde.

On remarque de plus la limitation extrêmement nette de

ces follicules qui donnent l'impression d'être compris dans des cavités vasculaires veineuses ou plutôt lymphatiques, mais l'absence de tout vaisseau artériel à ce niveau nous incline à écarter cette hypothèse. Ces follicules sont relativement profonds. Parmi ceux que nous avons observés dans les couches plus superficielles (corps papillaire); les uns sont de même nettement limités, les autres beaucoup moins.

La recherche des bacilles de Koch a été faite sur de nombreuses coupes de ces divers fragments.

L'examen des coupes colorées par le Ziehl n'a montré aucun bacille. Sur une des coupes colorées suivant la méthode de Much, nous avons vu dans une cellule géante quelques granulations acido-résistantes, mais pas d'aspect bacillaire typique.

Examens bactériologiques

(pratiqués par le Docteur Burnet à l'Institut Pasteur.)

2 mai 1912. — Inoculation de fragments prélevés par biopsie.

1° Éléments de lichen scrofulosorum.

Un cobaye	14 juin : petits ganglions inguinaux. 6 juillet : autopsie; tout petits ganglions inguinaux; rien dans les organes.
Cobaye 31	Mort le 4 juin (trop tôt). Pas de résultat valable.

2° Fragment du bord d'un ulcère.

Cobaye 30	Mort le 25 mai. Petits ganglions inguinaux contenant des bacilles nombreux; lésions locales d'inoculation contenant des bacilles.
	Fragment rapporté sur cobaye 76.

Inoculation aux singes.

2 mai. — Inoculation à un chimpanzé.

D'un côté : lichen scrofulosorum donne un petit cordon dur sous la peau qui disparaît dans la suite. Pas d'inflammation ni de réaction ganglionnaire.

De l'autre côté : fragment d'ulcère donne empâtement. Abcès local, ganglions axillaires suppurés.

Le chimpanzé est sacrifié le 9 août. On note : pleurésie droite; gros tubercules dans le foie; suppuration axillaire du côté correspondant à l'ulcère; rien de l'autre côté.

Le bacille est cultivé et éprouvé pour sa virulence qui est trouvée tout à fait normale.

2 mai. — Inoculation à un macaque.

D'un côté : lichen scrofulosorum; rien.

De l'autre côté : fragment d'ulcère : gros nodule au point d'inoculation, pus contenant de nombreux bacilles. Abcès costal.

Le macaque meurt le 4 juillet. A l'autopsie, on trouve : du côté du lichen scrofulosorum, pas de lésion.

De l'autre côté : vaste ulcération au point inoculé, ganglions axillaires et inguinaux caséeux.

Foie, rate, poumons farcis de gros tubercules.

Granulations dans le rein gauche.

Essais sur le lapin

Inoculation au lapin de 10 milligrammes de culture.

Mort au bout de 63 jours, pas de lésion viscérale. Chancre d'inoculation. Donc bacille type humain.

Épreuve de la virulence

Au moyen d'une culture provenant du chimpanzé inoculé :

1er cobaye : 1 centimilligramme de culture.

Mort en un mois.

A l'autopsie : ganglion inguinal caséeux, granulations dans le foie, rate tuberculeuse.

2e cobaye : 1 centimilligramme de culture.
Sacrifié après 60 jours.

A l'autopsie
- chancre d'inoculation,
- rate tuberculeuse,
- ganglions trachéaux,
- poumons tuberculose discrète.

3e cobaye : 1/4 de milligramme de culture.

- chancre d'inoculation,
- grosse tuberculose pulmonaire.

En somme, inoculations du lichen scrofulosorun chaque fois négatives ; inoculations du bord de l'ulcère positives.

Les caractères du bacille permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un bacille type humain et de virulence moyenne.

Nous verrons au chapitre suivant comment ces données histo-bactériologiques, éclairant et complétant l'examen clinique, permettent d'utiliser cette observation comme un document pour l'étude de l'ulcère tuberculeux atypique ; mais, en outre, le cas de notre malade présente un autre intérêt résultant de la coexistence de lésions indiscutablement bacillifères et d'autres qui se sont montrées dépourvues de virulence. La présence sur un même sujet de tuberculides et de tuberculose certaine s'observe assez fréquemment : citons en particulier les observations de Isaac (36), Jackson (37), mais les cas sont rares où les examens bactériologiques ont été faits d'une manière complète.

Mais avant de chercher à interpréter ces résultats expérimentaux, nous devons examiner deux objections qui tendent à leur refuser toute valeur démonstrative.

On admettait jusqu'à présent que le résultat positif de l'inoculation donnait la preuve de la nature tuber-

culeuse d'une lésion. Mais une série de travaux récents avait paru justifier une critique des plus graves : chez tout tuberculeux ayant des lésions viscérales en évolution, quelques bacilles aberrants pourraient se trouver compris dans le fragment inoculé et déterminer chez l'animal l'infection expérimentale. Il y aurait donc là une cause d'erreur très grave et impossible à éviter et la tuberculisation du cobaye ne démontrerait pas la nature tuberculeuse de la lésion inoculée. Cette objection repose sur l'hypothèse d'un état de bacillémie permanent chez les tuberculeux pulmonaires, hypothèse qui avait paru confirmée par toute une série de travaux, mais qui doit être aujourd'hui considérée comme inexacte.

Nous n'avons pourtant pas le droit de l'écarter sans rappeler ici comment s'est posée et se pose aujourd'hui la question de la « bacillémie des tuberculeux » étudiée tout récemment dans la thèse de Baron (8) (1).

Les résultats positifs qui avaient permis à nombre d'auteurs de conclure à la présence de bacilles dans le sang des tuberculeux étaient dûs à l'application de procédés d'examen direct. Sans exposer en détail ces techniques, rappelons qu'elles dérivent toutes de la méthode de Kuraschige-Staubli-Schnitter, consistant à traiter 1 centimètre cube de sang par 5 centimètres cubes de solution d'acide acétique à 3 p. 100, puis, après centrifugation et digestion du culot par l'antiformine, recentrifugation, lavage du sédiment à l'eau distillée, étalement sur lames, et coloration.

(1) Nous avions nous même exposé la question sous forme de revue générale dans la *Biologie médicale* (sept. 1913).

Ces techniques ont donné aux divers auteurs des résultats variables, parfois tout à fait stupéfiants. C'est ainsi que Rosenberger (64) trouve des bacilles 312 fois sur 312 examens de tuberculeux aux différents stades, Kuraschige (41) trouve lui aussi des bacilles dans 100 p. 100 des cas chez les tuberculeux. Il en rencontre même dans 20 cas sur 34 chez des gens bien portants en apparence; d'après ses observations, un certain nombre de ces sujets auraient présenté peu de temps après l'examen des signes évidents de tuberculose. D'autres auteurs obtiennent des résultats positifs en proportion beaucoup moins forte (1/3 ou 1/4 des cas), mais qui sont certainement encore trop élevés.

Il résulte en effet de recherches de contrôle faites récemment que ces méthodes d'examen direct exposent à des causes extrêmement graves et impossibles à éviter d'erreurs et de confusions. Cette étude critique a été faite en Allemagne même par Bacmeister (5). En France, MM. Léon Bernard, Debré et Baron (10) ont, d'une part, montré les graves inconvénients de la technique des auteurs allemands (le plus grave étant la confusion possible et presque inévitable des bacilles de Koch avec des acido-résistants ou des particules précipitées au cours des manipulations, débris de fibrine, impuretés de l'antiformine). Ces auteurs ont, d'autre part, apporté à cette méthode d'examen direct des perfectionnements très sensibles permettant de se mettre à l'abri de ces causes d'erreur et d'opérer sur une quantité de sang beaucoup plus grande, ce qui est évidemment très favorable à la mise en évidence des bacilles.

Même ainsi perfectionnée, la recherche du bacille de Koch dans le sang par l'examen direct ne semble pas pouvoir fournir à la clinique des renseignements d'une valeur absolue et indiscutable. Elle peut néanmoins sous le contrôle de l'inoculation au cobaye pratiquée en même temps, fournir des indications intéressantes et utiles. Mais il est bon de savoir que les manipulations exigent le plus grand soin et doivent être faites avec une asepsie rigoureuse et que, d'autre part, la lecture des résultats exige un examen extrêmement attentif des lames sur lesquelles, après de longues heures de recherches, on pourra parfois découvrir de rares bacilles.

Les résultats fournis par l'épreuve expérimentale, — inoculation du sang au cobaye, — sont loin de confirmer l'hypothèse de l'état habituel de la bacillémie des tuberculeux. La proportion des résultats positifs est minime et l'on peut dire que pour 90 à 95 malades sur 100, l'injection de 5 ou même 10 ou 20 centimètres cubes de sang à un cobaye reste absolument négative. Ce résultat concorde en somme avec ceux que donne l'examen direct pratiqué avec soin et en se mettant à l'abri des causes d'erreur. Bernard Debré et Baron ont 4 cas positifs sur 36; nous-mêmes avec MM. Rist et Armand-Delille (62) 3 sur 50; MM. Nobécourt et Darré (55) 4 sur 48 chez des enfants (par l'inoculation).

La bacillémie des tuberculeux doit donc être considérée non comme un état habituel et permanent, mais comme un phénomène inconstant et rare, tout à fait exceptionnel et passager au cours de la tuberculose pulmonaire dans sa forme habituelle ulcéro-caséeuse, moins

exceptionnel au cours de la granulie où il est encore loin d'être constant. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait pas passage de bacilles dans le sang à un moment donné, mais il s'agit de décharges passagères et non de bacillémie permanente.

Nous pouvons donc être certains que si une lésion prélevée par biopsie et inoculée au cobaye le tuberculise, c'est que cette lésion était bien de nature bacillaire. Les bacilles virulents ainsi mis en évidence lui appartiennent en propre et n'y sont pas logés comme par hasard à la faveur d'un état de bacillémie (1).

Si le résultat positif de l'inoculation garde une valeur démonstrative pour ainsi dire absolue, il n'en est pas de même du résultat négatif. A cet égard, l'exemple du lupus est fort instructif. M. Darier a vu l'inoculation échouer dans un tiers des cas pour des

(1) Cette objection fondamentale que nous pouvons écarter dans le cas de fragments de lésion cutanée prélevés par biopsie, se trouve justifiée au contraire quand il s'agit de fragments d'organes provenants d'autopsies de tuberculeux. Bien que ceci ne s'applique pas directement à nos recherches, il n'est pas sans intérêt, croyons-nous, de rappeler ici des expériences récentes de MM. Ameuille et de Léon-Kindberg (3). Ces auteurs, pratiquant des inoculations de fragments de tissus et d'organes de tuberculeux prélevés dans les meilleures conditions aussitôt après la mort du sujet, ont obtenu un pourcentage de résultats positifs relativement très élevé. S'étant mis à l'abri des causes d'erreurs et de contamination accidentelle, les auteurs expliquent la présence de ces bacilles virulents disséminés dans la peau, les muscles, et les viscères, par une véritable septicémie active terminale qui pourrait être la cause de l'aggravation rapide et fatale de l'état du sujet. Si l'existence même de cette bacillémie terminale n'a pas encore été prouvée d'une manière irréfutable par la démonstration directe de la virulence du sang pour l'animal, il faut retenir comme très importante la conclusion négative et critique que les auteurs tirent de leurs expériences : c'est que l'inoculation positive d'un fragment d'organe prélevé après la mort ne prouve nullement la nature tuberculeuse des lésions de cet organe. Ces faits sont de nature à augmenter encore l'intérêt que prennent des cas comme ceux que nous avons pu étudier où les recherches expérimentales ne sont pas faussées dès le point de départ par des causes d'erreur de cette nature.

lupus incontestables inoculés largement. Fait plus troublant encore, Pautrier (56), inoculant des fragments voisins et tout à fait comparables du même lupus, à des cobayes, a obtenu dans la même série des résultats tantôt négatifs, tantôt positifs. Il s'agit là évidemment d'expériences fort intéressantes, mais qui ne démontrent guère que la rareté des bacilles dans les lésions et la prudence qu'il faut apporter dans l'interprétation des résultats négatifs. Dans ces cas rien n'explique pourquoi certains fragments produisent la tuberculisation de l'animal, et les autres pas. Il n'en est pas de même, croyons-nous, dans le cas de notre malade où la constance des résultats positifs obtenus tant chez le singe que chez le cobaye avec les lésions ulcéreuses s'oppose aux résultats négatifs obtenus dans les mêmes conditions avec le lichen scrofulosorum.

Ces résultats négatifs pourraient suggérer l'hypothèse de la nature purement toxinienne de ces éléments ; mais la théorie toxinienne des tuberculides est aujourd'hui à peu près abandonnée. Si des toxines interviennent dans la production de ces lésions, ce sont non pas des poisons solubles (tuberculine ou substances analogues), mais des poisons adhérents liés à la présence même de bacilles qui peuvent d'ailleurs être très peu nombreux et de virulence atténuée.

Ce que nous devons donc chercher à expliquer, c'est la coexistence chez notre malade de deux séries de lésions tuberculeuses, les unes nettement virulentes, les autres tellement atténuées qu'elles ne peuvent plus produire l'infection expérimentale. C'est ainsi que la ques-

tion a été posée par M. Darier à la séance du mois de juin 1913 de la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose. Il ne peut plus être question ici de faire intervenir la race du bacille ni l'immunité de l'organisme et la résistance générale du terrain. Une hypothèse qui aurait expliqué cette inégalité dans la virulence des deux ordres de lésions cutanées a été suggérée au cours de la discussion par M. Léon Bernard : c'est celle d'une résistance inégale des différents tissus où ces lésions auraient pris naissance : au niveau des follicules, les bacilles trouvant un terrain peu favorable ne se seraient pas développés et auraient donné des lésions minimes et non virulentes. Au contraire, au niveau du derme, dans des conditions moins défavorables, ils auraient pu végéter et conserver leur virulence. C'est l'explication qu'avait adoptée Lewandowsky (42) dans un cas analogue qu'il rapporte ainsi :

« Les cas d'interprétation plus difficile sont ceux où l'on trouve la coexistence qui n'est pas très rare de gommes tuberculeuses et des tuberculides. J'ai eu, par exemple, l'occasion de voir dans le service d'Arning une vieille femme qui, outre un lupus vulgaire étendu déjà ancien, présentait des abcès multiples intra-musculaires et sous-cutanés et une éruption profuse de lichen scrofulosorum. On peut considérer dans ce cas le lupus comme le foyer primitif propagé secondairement aux ganglions lymphatiques. De ce foyer, des bacilles embolisés furent transportés par voie sanguine à la peau, dans l'hypoderme et dans les muscles. A la peau qui présente des conditions défavorables au développement du bacille

tuberculeux les anticorps purent amener la destruction de ces bacilles, d'où production de tuberculides. Il n'en fut pas de même dans les tissus moins défavorables de l'hypoderme et des muscles. Nulle part d'ailleurs ne s'était produit une pullulation de bacilles. Dans le pus des abcès on n'en trouvait pas à l'examen direct et seule l'inoculation put les mettre en évidence (1). »

Il y aurait eu là quelque chose d'un peu analogue à ce que MM. Léon Bernard et Salomon (12) ont obtenu expérimentalement sur le chien : une injection de bacilles donne à la fois dans une même expérience, sur un même cœur, des follicules dans le myocarde et des végétations fibrineuses sur l'endocarde. Mais, dans le cas particulier, il ne semble pas que cette explication soit valable : s'il est vrai qu'en général la peau constitue un mauvais terrain pour le développement du bacille de Koch, on n'en observe pas moins, assez souvent, des lésions extrêmement virulentes, succédant à une inoculation cutanée (certains ulcères tuberculeux, par exemple) et, inversement, on a pu observer au niveau de la couche profonde du derme et dans l'hypoderme des lésions tuberculeuses extrêmement atténuées (érythème induré de Bazin, sarcoïdes hypodermiques).

La question reste donc posée et la cause de ces inégalités dans la virulence expérimentale des lésions nous échappe encore à l'heure actuelle.

(1) C'est à cette explication que se rallie sans enthousiasme M. A. Bourgeois (de Bâle) qui dans un article tout récent pose le même problème à propos de faits cliniques assez voisins. (Uber disseminierte post-exanthematische hœmatogene tuberculosis verrucosa cutis. *Derm. Zeitschrift*, janvier 1914.)

Observation II

Berthe L... 20 ans. Entre à la salle Biett le 28 mai 1913 pour une lésion ulcéreuse de la cuisse gauche.

Antécédents familiaux. — Parents bien portants, trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance, aucun antécédent de bacillose cutanée ou autre.

Réglée à 15 ans, s'est mariée à 18 ans.

Début de l'affection cutanée. — Il y a dix-huit mois environ la malade remarque sur sa cuisse gauche un petit bouton gros comme un pois, de coloration rouge, douloureux spontanément et sensible à la pression. Cette lésion s'agrandit, mais très lentement. La malade ne peut préciser le début de l'ulcération.

Trois mois après la malade remarque un élément analogue à la cuisse droite, mais ce dernier ne s'ulcère pas et est aujourd'hui partiellement cicatrisé. Il n'y a eu aucun traitement local ni général, sauf pendant quelques jours application d'emplâtre rouge.

Etat actuel. — A la face postérieure de la cuisse gauche au niveau du tiers moyen, on trouve deux ulcérations entourées d'une zone violacée de 5 millimètres environ qui est moyennement infiltrée. L'ensemble de la lésion forme une plaque étendue ovalaire, à grosse extrémité inférieure, mesurant 35 millimètres sur 30. La surface en est légèrement squameuse, non papillomateuse. Elle est nettement limitée et légèrement saillante sur la peau saine qui l'entoure.

Elle présente deux ulcérations : l'une supérieure, allongée dans le sens transversal, mesure 10 millimètres sur 6. Les bords sont nets, mais irrégulièrement découpés, finement dentelés. Le fond est peu creux, de couleur rouge, légèrement suintant, pas bourgeonnant. La base en est faiblement infiltrée.

L'ulcération inférieure qui présente les mêmes caractères est allongée dans le même sens et mesure 12 millimètres sur 8. Entre les deux ulcérations, se trouve une bande de tissu infiltré rouge, mesurant 12 millimètres d'épaisseur.

La palpation donne une impression de mollesse et ne détermine pas de douleur; la lésion est indolore spontanément.

A la vitro-pression on ne trouve pas de nodules lupiques, on obtient une teinte jaunâtre uniforme de toute la région malade.

Ganglions inguinaux correspondants (groupe externe) : l'un est gros comme une amande, deux plus petits comme des pois.

Cette ulcération diffère de l'ulcère tuberculeux typique par les caractères suivants :

Elle n'est pas creusante; les bords ne sont nulle part décollés; ils sont sur certains points en pente douce, sur d'autres points, creusés à pic. Ils ne sont pas violacés, mais de couleur rose. Enfin il manque la sensibilité, les grains jaunes, et le siège n'est pas celui de l'ulcère tuberculeux. Cette lésion diffère également de l'ulcère lupique par certains caractères des bords et du fond, et surtout par l'absence totale de lupômes.

Sur la cuisse droite (tiers inférieur de la face interne) en un point à peu près symétrique, on trouve une lésion des dimensions d'une pièce de un franc. Une partie de sa surface est cicatricielle, de couleur blanche; le reste est rouge. La palpation révèle une infiltration modérée et détermine une légère douleur.

A la vitro-pression, on trouve des lupômes absolument caractéristiques.

Les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

L'état général paraît bon, quoique la malade soit d'apparence délicate. Elle n'a pas de fièvre, ne tousse pas.

On trouve pourtant des signes de lésions bacillaires au niveau du sommet gauche (légère élévation de la tonalité à

la percussion, rudesse de l'inspiration, surtout en avant.)

Rien aux autres appareils.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

30 mai. — L'extirpation chirurgicale — qui semble être le traitement de choix dans le cas particulier — est pratiquée par notre ami Tzanck, interne du service. Après anesthésie locale, à la cocaïne, il enlève largement tout le tissu malade. Hémostase; suture.

La pièce est divisée en trois fragments : l'un est fixé pour examen histologique; un autre inoculé à un cobaye; le troisième confié à M. Burnet pour recherches bactériologiques.

Juin. — Les suites sont tout à fait bonnes, la cicatrisation se fait parfaitement.

La malade revient le 12 juin; on lui fait une prise de sang pour réaction de Wassermann.

A notre grande surprise la réaction fut positive quoique la malade ne présentât aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire. Pourtant, l'interrogatoire nous apprit que son mari pouvait être considéré comme suspect à ce point de vue.

Il nous paraissait important de surveiller la malade et de refaire le Wassermann. Or, une deuxième réaction faite le 9 juillet, fut absolument négative. Il nous a été impossible depuis d'élucider cette question, n'ayant pu revoir la malade.

Examen histologique.

Pièce enlevée chirurgicalement le 30 mai. — On voit à un faible grossissement que la coupe comprend une portion centrale ulcérée où l'épiderme, et les tissus normaux ont disparu, et sur les bords d'un côté de la peau saine, de l'autre une peau infiltrée et malade, mais où l'épiderme est conservé et à peu près normal. Nous distinguons donc une portion ulcérée et le bord de l'ulcération.

Sur le bord, nous trouvons un épiderme en hyperacanthose légère, un derme dont le réseau élastique est partiellement

détruit et qui est le siège d'un infiltrat diffus, où on reconnaît des plasmazellen assez nombreuses et des follicules tuberculoïdes extrêmement nets contenant des cellules géantes. On voit également des cellules géantes isolées dont quelques-unes sont très volumineuses.

Dans la portion centrale, les tissus normaux sont remplacés

Fig. 4.

par une sorte de bourgeon charnu contenant des vaisseaux de nouvelle formation. Des éléments cellulaires sont groupés autour de ces vaisseaux. On ne trouve pas dans ce tissu de follicules tuberculoïdes, mais quelques amas lymphoïdes.

Un plus fort grossissement montre la nature et les caractères des éléments cellulaires constituant l'infiltrat. Ces éléments sont polymorphes. Sur les bords, l'infiltration diffuse que nous avons signalée est constituée surtout par des polynucléaires neutrophiles dont le protoplasma reste incolore,

des plasmazellen volumineuses tout à fait typiques, quelques polynucléaires éosinophiles et des cellules rondes. Tous ces éléments sont mélangés. Les follicules tuberculoïdes sont formés de cellules épithélioïdes à noyau faiblement coloré ; au centre se trouvent des cellules géantes contenant cinq ou six noyaux et à la périphérie une couronne de cellules lymphoïdes.

Les cellules géantes isolées sont très volumineuses ; l'une d'entre elles contient une trentaine de noyaux disposés en couronne périphérique ; le protoplasma en est homogène, teinté en rose par l'éosine.

Dans la portion centrale, le tissu de bourgeon charnu contient aussi des éléments cellulaires de diverses variétés, mais là ce qui prédomine ce sont les cellules conjonctives ramifiées et étoilées groupées autour des vaisseaux et les cellules lymphoïdes groupées en amas assez volumineux.

L'examen d'un autre fragment de la pièce montre sous un épiderme aminci un derme infiltré de follicules tuberculeux absolument typiques.

En somme, nous retrouvons chez cette malade des lésions très analogues à celles du cas précédent, mais avec une structure folliculaire un peu plus accentuée. On trouve d'autre part une abondance beaucoup moindre de plasmazellen dans l'infiltrat.

La recherche des bacilles de Kock sur les coupes a été tout à fait négative. Il a été impossible d'en mettre en évidence ni dans les follicules tuberculeux, ni dans les cellules géantes.

Inoculations

Un cobaye est inoculé par nous à l'Hôpital Saint-Louis avec un gros fragment de la lésion (inoculation sous-cutanée faite le 30 mai).

On observe le développement d'un chancre tuberculeux typique avec adénopathie inguinale.

Le cobaye très amaigri est sacrifié le 2 juillet. On trouve à l'autopsie une tuberculose généralisée incontestable. Un ganglion tuberculeux est apporté à M. Burnet pour essai de culture et détermination de la virulence.

D'autre part le 30 mai à l'Institut Pasteur, M. Burnet inocule avec un fragment de la lésion trois cobayes : le premier est sacrifié le soixante-quinzième jour; on trouve une tuberculose généralisée. Le second, sacrifié au bout de 80 jours, présente un gros ganglion caséeux correspondant au chancre d'inoculation, de grosses granulations sur la rate, un gros ganglion rétro-sternal et une granulation sur le poumon.

Le troisième donne un résultat douteux

On peut déjà conclure de ces premières épreuves qu'il y a dans la lésion des bacilles virulents, mais qu'ils sont en assez petit nombre, puisque un cobaye sur quatre ne donne pas de résultats nettement positifs.

Le ganglion caséeux provenant du cobaye inoculé par nous à l'Hôpital Saint-Louis et que l'examen direct montre riche en bacilles, est réinoculé à un autre cobaye qui meurt au bout d'un mois; on trouve sur ce dernier animal de fines granulations dans les poumons.

D'autre part, on a pu obtenir d'un des premiers cobayes une culture pure de bacilles ayant poussé très facilement sur milieu glycériné. A l'aide de cette culture on éprouve la virulence : 1/4 de milligramme est inoculé à plusieurs cobayes (injection sous-cutanée). Au bout de 30 et 48 jours on trouve : le chancre d'inoculation avec des ganglions inguinaux caséeux, gros comme des haricots; une rate pas très augmentée de volume, contenant de nombreux tubercules; dans les poumons, une tuberculose discrète pas encore très abondante.

En somme, virulence moyenne, ne paraissant nullement atténuée.

La nature du bacille n'a pas été recherchée par inoculation au lapin, mais la culture obtenue très facilement rend extrêmement vraisemblable et pour ainsi dire certain qu'on a affaire à un bacille humain.

Signalons ici sommairement les analogies entre ce cas et le précédent : mêmes conditions étiologiques et de terrain, même aspect objectif des lésions, même lenteur d'évolution.

Histologiquement, les lésions sont tout à fait de même ordre. Enfin, au point de vue bactériologique, les résultats des divers examens sont très comparables.

De ces deux premières observations où nous avions pratiqué les divers examens histo-bactériologiques nous rapprochons la suivante. La biopsie n'a pas été faite, mais la nature tuberculeuse des lésions a pu être démontrée expérimentalement et l'aspect clinique de l'ulcère était tout à fait comparable à celui de nos deux premiers cas.

Observation III

P. Henriette, 16 ans. Entre à la salle Biett, le 10 novembre 1912 pour diverses lésions cutanées et osseuses pour lesquelles elle a déjà fait un séjour à l'hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Brocq aux mois de juin et juillet derniers.

Antécédents familiaux. — Père vivant bien portant. Mère morte de fièvre typhoïde.

Ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Notre malade a eu la rougeole à

huit ans; vers la même époque, elle aurait eu une congestion pulmonaire ayant duré six mois avec des crachements de sang. Elle a été réglée à douze ans.

Les lésions cutanées ont apparu : celle du nez il y a deux ans; les autres il y a huit à dix mois.

La malade a fait un séjour de deux mois et demi dans le service Brocq. Elle y a été traitée par les rayons X.

Examen. — La malade présente à la paume de la main droite, au niveau des 4e et 5e métacarpiens une lésion à bords nets, rouges, violacés, peu surélevés, formant une saillie de 3 millimètres, s'élevant en pente douce au-dessus de la peau saine qui l'entoure. On trouve une ulcération mesurant 20 millimètres sur 22, formée de deux parties réunies par une zone un peu étranglée; la partie inférieure est assez régulièrement ovalaire, la partie supérieure irrégulièrement triangulaire. Les contours sont irréguliers, découpés. L'ulcération est superficielle; le fond est d'un rouge jaunâtre, irrégulier, un peu végétant. A la palpation infiltration modérée des bords; à la vitro-pression pas de nodules lupiques. La lésion n'est pas douloureuse spontanément, elle est un peu sensible à la pression. Il y a un très léger suintement séro-purulent. Les os sous-jacents ne sont pas atteints.

La malade ne peut préciser le mode de début de cette lésion; il est possible que la peau ait été d'abord rouge et un peu tuméfiée avant de s'ulcérer; en tous cas, ce que la malade peut affirmer, c'est qu'elle a remarqué le début de l'ulcère, il y a dix mois environ, et que lors de son séjour dans le service Brocq il était sensiblement plus creux. Il serait en voie de cicatrisation depuis l'application de rayons X, faite à cette époque.

La malade présente en outre :

A la face, sur le côté gauche du nez, placard lupique n'atteignant pas la commissure palpébrale interne; largeur 2 centimètres, hauteur 2 centimètres 1/2. La surface est rouge, squameuse, à bords irréguliers, présentant des croûtes

à la partie inférieure et antérieure. La lésion est infiltrée, indolore; à la vitro-pression, on voit très nettement des lupomes.

A l'œil droit, conjonctivite phyctélunaire, chute des cils de la paupière supérieure deuxième quart externe, de la paupière inférieure deux quarts moyens; œdème palpébral.

Région sous-maxillaire gauche. — Lupus sur cicatrice d'un abcès ganglionnaire, abcès qui aurait suppuré il y a un an pendant cinq mois environ. Cette lésion lupique mesure 4 cm. 5 de longueur, sur 11 millimètres de largeur. La surface est rouge, à bords nettement limités; elle est un peu chéloïdienne, avec des squames jaunâtres. A la palpation, on trouve une infiltration marquée; à la vitro-pression, des nodules lupiques.

Ganglion prétragien gauche.— En avant du tragus, surface lisse, un peu déprimée, à teinte violacée, avec quelques petites squames. A la palpation, on sent une petite masse infiltrée, plus grosse qu'une lentille, avec adhérence de la peau; cette lésion n'est pas douloureuse, on n'y trouve pas de lupomes.

Index gauche. — Le doigt est déformé, tuméfié, en radis; la circonférence mesure 8 cm. 5 au lieu de 6 centimètres à l'index droit, au niveau de la première phalange.

Jambe gauche. — A la face interne, à 4 travers de doigt au-dessous du condyle, cicatrice ovalaire, déprimée, blanchâtre, légèrement violacée. La peau est adhérente sur les plans profonds, mais il ne semble pas y avoir de point de départ osseux. Cette cicatrice mesure 7 centimètres sur 6 cm. 5.

Membre inférieur droit. — Sur le dos du pied, à la partie inférieure du premier métatarsien on trouve une ulcération à peu près ronde de 8 millimètres de diamètre.

A la cuisse droite, face postérieure, à 5 centimètres au-dessus du pli de flexion poplité, une ulcération ovalaire à grand axe vertical mesurant 18 millimètres sur 9. Cette ulcération a des bords nets, mais irréguliers et déchiquetés. Le fond est bourgeonnant, de couleur rouge; il en sort un pus

séreux. Tout autour, la peau est rouge et on sent un empâtement assez étendu.

Au-dessus de la crête iliaque, du côté droit, on trouve une cicatrice de 5 centimètres sur 3 cm. 5, de couleur violacée; la peau est plissée et adhérente aux plans profonds.

On trouve de même à gauche, sur la fesse, une plaque cicatricielle ronde mesurant 30 millimètres de diamètre, de couleur rouge violacée, couverte de squames. La palpation montre un certain degré d'infiltration.

A quatre travers de doigt au-dessous du coude, sur le cubitus, on trouve une cicatrice déprimée adhérente, de 3 centimètres de longueur.

Examen des différents appareils. — Au poumon droit on note en avant, sous la clavicule, de la submatité avec élévation de la tonalité et une légère pectoriloquie aphone. En arrière, de la submatité sans bruits adventices.

A l'examen radioscopique les deux sommets sont bien clairs; on ne trouve pas d'adénopathie médiastinale.

Le cœur est normal.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Examen oculaire par le docteur Bailliart. — Œil gauche normal.

Œil droit : blépharo-conjonctivite phlycténulaire chronique; ne présente aucun caractère spécifique ; probablement de nature tuberculeuse.

D'après les renseignements recueillis dans le service du docteur Brocq, l'inoculation au cobaye du pus provenant de l'abcès ganglionnaire du cou a donné un résultat positif tout à fait net (tuberculose généralisée indiscutable). D'autre part, les cultures sur milieu sucré faites à la même époque ont été négatives au point de vue de la sporotrichose. On décide de mettre la malade au traitement par la tuberculine.

21 novembre. — Première injection de tuberculine (tuberculine purifiée de l'Institut Pasteur), 2 centimilligrammes.

Pas de réaction thermique, érythème au niveau de la piqûre.

3 décembre. — Tuberculine, 8 centimilligrammes.

Pas de réaction thermique.

On note comme réaction locale, au niveau de la main droite : léger suintement, épidermisation plus marquée. L'infiltration n'a pas diminué, au contraire. Au niveau du creux poplité droit l'infiltration reste la même.

11 décembre. — Tuberculine sous-cutanée, 15 centimilligrammes.

Réaction thermique marquée 39°3, à minuit (13 heures après la piqûre); en même temps céphalée, nausées.

Le 12 décembre au matin on note une éruption étendue à tout le corps. La peau est érythémateuse, chagrinée : on y trouve de petites vésicules.

On note également de la congestion des lésions cutanées, même des cicatrices, et du suintement au niveau du lupus. Pas de changement à la kératite phlyctélunaire.

17 décembre. — L'épidermisation de l'ulcère de la main est en bonne voie. Sur le corps, on ne trouve plus d'érythème, mais un état rugueux de la peau : tendance au spinulosis.

18 décembre. — A 15 heures injection de 15 centigrammes.

Réaction thermique 39° à midi, le 19, donc 21 heures après la piqûre.

23 décembre. — 15 centimilligrammes ; élévation de température consécutive 38°1.

28 décembre. — 2 décimilligrammes. Pas de réaction thermique, mais apparition d'une éruption d'apparence toxique. M. Ravaut soupçonne une altération possible de la tuberculine qui était diluée d'avance et conservée en ampoules.

11 janvier. — 1 décimilligramme 5 de tuberculine diluée extemporanément. Pas de réaction.

15 janvier. — 2 décimilligrammes. Pas de réaction.

23 janvier. — 3 décimilligrammes. Pas de réaction.

29 janvier. — 5 décimilligrammes à midi, l'élévation maxima de température se fait 18 heures après : 38°5. On note

de la rougeur des téguments et un état rugueux de la peau.

5 février. — 8 décimilligrammes. Température maxima 18 heures après, 38°8.

13 février. — 10 décimilligrammes. Température maxima 12 heures après, 38°7.

17 février. — 12 décimilligrammes. Température maxima 15 heures après, 38°1.

Cette dernière injection amène une réaction érythémateuse disséminée sur tout le corps.

Le 19 février, on note : sur le ventre, l'épigastre et la poitrine la peau est sèche, rèche ; on y voit des saillies folliculaires de coloration normale ou à peine jaunâtre et même sur les points exposés au frottement un certain degré de spinulosis. Cet état voisin de la xérodermie ne s'accompagne pas de kératose pilaire des bras ni des jambes. C'est un état trop peu accentué pour qu'il s'agisse de pityriasis rubra pilaire (dont il n'existe d'ailleurs pas d'autres signes). Enfin il est trop diffus, trop peu papuleux, trop peu rouge ou jaune pour être du lichen scrofulosorum.

Il n'y a pas eu de réaction locale des lésions tuberculeuses aux deux dernières piqûres, mais au niveau de la première injection, apparition d'un placard rouge et squameux des dimensions d'une pièce de 2 francs.

20 février. — Les saillies du spinulosis dépassent encore 1 millimètre.

24 février. — Même état. Injection sous-cutanée de 15 décimilligrammes. Réaction thermique le 27 : 39°.

11 mars 1913. — Etat des lésions :

Face gauche du nez : le placard lupique persiste avec le même aspect rouge et squameux ;

Région sous-maxillaire gauche : même aspect du lupus sur cicatrice d'abcès ganglionnaire.

Ganglions prétragiens gauches : petite masse lenticulaire persistante.

L'index gauche n'a pas été modifié.

A la jambe gauche, face interne, la gomme s'est vidée et cicatrisée.

Membre inférieur droit : au niveau du premier métatarsien l'ulcération s'est comblée et cicatrisée. Sur le péroné, cicatrice adhérente à l'os des dimensions d'une pièce de 2 francs.

A la cuisse, à 6 centimètres au-dessus du pli poplité, la gomme s'est vidée en grande partie ; il persiste une ulcération anfractueuse. Au-dessus de la crête iliaque, surface cicatricielle violacée à peau adhérente, non modifiée. De même les cicatrices de la fesse gauche et de l'avant-bras droit ne sont pas modifiées.

Au niveau de la main droite, l'ulcération s'est cicatrisée et épidermisée très nettement et assez vite. La peau est à ce niveau rouge, sèche et un peu squameuse.

L'état rugueux, granité, des téguments persiste sur tout le corps.

La malade quitte le service le 7 mars.

En résumé nous trouvions chez cette malade, entre autres manifestations tuberculeuses, un ulcère en voie de cicatrisation, mais présentant encore des caractères bien nets : contours irréguliers, bords en pente douce, d'un rouge violacé ; fond peu creux, irrégulier, rougeâtre et bourgeonnant : base moyennement infiltrée, non indurée. En outre des signes négatifs : absence de grains jaunes, de nodules lupiques, pas de douleur spontanée et très légère sensibilité à la pression. L'évolution en était torpide, puisque le début remontait à près d'un an.

Le siège même de cet ulcère n'excluait pas la possibilité d'une inoculation externe ; mais la coexistence de manifestations tuberculeuses multiples, viscérales,

ganglionnaires, osseuses et cutanées rendait plus vraisemblable l'hypothèse d'une origine embolique.

Cette coexistence d'autres lésions cutanées nous offrait l'occasion de comparer sur la même malade les caractères de l'ulcération, d'une part avec un foyer lupique (à la vitro-pression, on voyait très nettement la différence), et d'autre part avec les ulcérations résultant de l'ouverture d'une gomme (scrofuloderme des auteurs allemands). Les ulcères gommeux que la malade portait en différents points étaient beaucoup plus creux, de forme plus irrégulière, à bords plus violacés et plus décollés que notre ulcère de la main droite. La cavité en était plus profonde et plus anfractueuse, le suintement séro-purulent beaucoup plus abondant; le fond, là où on pouvait l'apercevoir, était plus irrégulier. Enfin, la malade présentait en diverses régions du corps des cicatrices blanches, déprimées, irrégulières de contours, adhérentes au plan profond, qui résultaient de la guérison de gommes plus anciennes.

Nous n'avons pu, dans ce cas, pratiquer les examens histologiques ni l'inoculation au cobaye; mais cette dernière recherche avait été faite dans le service du docteur Brocq, et le résultat en a été très nettement positif. Un cobaye inoculé avec le pus provenant du foyer sous-maxillaire gauche a présenté des lésions de tuberculose généralisée. La nature tuberculeuse des lésions était donc démontrée. De notre côté, nous avons fait, avec des résultats négatifs, la recherche directe du bacille dans le suintement de l'ulcère de la main et dans le pus de plusieurs gommes. Nous avons

pu, d'autre part, par des essais de culture sur milieu de Sabouraud vérifier l'absence d'une sporotriclose surajoutée qui avait déjà été recherchée dans le service Brocq avec le même résultat négatif. Notons enfin que la tuberculine a amené chez cette malade, outre une réaction générale marquée, et une réaction locale des différents foyers bacillaires, une amélioration indiscutable de l'ulcère de la paume de la main, qu'on pouvait même considérer comme guéri. De même, les gommes scrofuleuses se sont vidées et cicatrisées assez rapidement, mais les lésions lupiques n'ont pas été modifiées.

Nous avons donc obtenu là comme chez notre première malade une amélioration manifeste mais partielle et incomplète.

CHAPITRE II

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'AFFECTION ÉTUDE NOSOLOGIQUE

Etiologie

Dans les trois cas que nous avons observés, il s'agissait de femmes jeunes (Observation I, jeune fille de dix-sept ans ; observation II, jeune fille de seize ans; observation III, jeune femme de vingt ans.) Il est intéressant de noter que les mêmes conditions étiologiques ont été signalées pour différentes affections que nous pourrons rapprocher : l'érythème induré de Bazin s'observe surtout chez les jeunes filles, les sarcoïdes sous-cutanées chez les femmes de 20 à 30 ans.

Nos malades présentaient, outre leurs ulcérations, d'autres manifestations tuberculeuses cutanées et viscérales ayant en général le même caractère atténué et torpide dans leur évolution. Dans le premier cas nous trouvions, d'une part du lichen scrofulosorum, d'autre part une polyadénopathie légère et des lésions peu marquées du sommet droit; dans le troisième cas, des localisations tuberculeuses multiples, osseuses, cutanées et pulmonaires ; dans le deuxième, du lupus et de l'induration

du sommet droit. En somme, dans tous ces cas, le terrain semblait tuberculisé dès l'enfance mais résistant bien à l'infection. Parmi les causes ayant pu favoriser ou disséminer l'infection tuberculeuse nous pouvons signaler chez notre première malade et chez la troisième l'antécédent d'une rougeole qui a été suivie des premières manifestations cutanées. Cette coïncidence avait depuis longtemps frappé les cliniciens et les dermatologistes en particulier. Nous verrons dans notre étude pathogénique comment des recherches récentes expliquent l'influence favorisante de cette maladie sur la dissémination et l'aggravation de la tuberculose.

Siège des lésions.

Le siège de ces ulcérations était différent chez nos trois malades. Dans l'observation I, elles étaient multiples, étendues à la face, à la région cervicale et à la poitrine, avec un caractère de symétrie moyennement accusé. Dans le troisième cas, l'ulcère siégeait à la paume de la main droite; dans le deuxième cas, à la face interne de la cuisse. Ces localisations ne portent pas sur des points particulièrement exposés aux traumatismes et aux inoculations professionnelles ou accidentelles. On ne retrouve pas là non plus la prédominance au voisinage de la bouche ou de l'anus, siège presque constant de l'ulcère des phtisiques, qui s'explique par une auto-inoculation de bacilles émis dans les crachats ou les déjections. D'ailleurs dans le cas particulier de nos malades nous ne trouvions ni expec-

toration ou diarrhée suspecte, ni d'autre part antécédents traumatiques ou accidentels. Ces localisations, de même que la coexistence de manifestations bacillaires multiples que nous avons signalées, rendent très vraisemblable l'origine hématogène des lésions.

Aspect clinique.

Le *début* de l'affection est insidieux, et la malade ne souffrant nullement ne s'en inquiète et ne vient consulter que quand l'ulcération est déjà constituée. Nous n'avons donc pas eu l'occasion d'observer les premières phases de l'affection. Une fois l'ulcère constitué, il se présente avec les caractères suivants :

Le *nombre* des ulcérations est variable : dans l'observation III il y avait une ulcération unique, dans l'observation II deux ulcérations voisines, dans l'observation I des ulcères multiples.

La *forme* est arrondie ou ovalaire, à contours irréguliers. Les *dimensions* varient de celles d'une pièce de un franc à celles de la paume de la main.

Les *bords* sont toujours irrégulièrement et finement découpés ; ils sont tantôt en pente douce, tantôt à pic ou décollés; ces deux aspects peuvent se retrouver en des points différents de la même ulcération (observation II) ; ils sont souvent épidermisés et mamelonnés par en dessous. Ils sont peu infiltrés, de couleur rouge plus ou moins violacée.

Le *fond*, qui n'est pas très creux, est assez régulier, quelquefois un peu granuleux ou bourgeonnant, de colo-

ration grisâtre, quelquefois marbrée de rouge; la sécrétion séro-purulente est peu abondante.

La *base* est peu infiltrée, pas indurée, de consistance mollasse, de coloration rouge plus ou moins étendue en largeur. A la *vitro-pression* on n'y trouve pas de nodules lupiques, mais une teinte jaunâtre de toute la région.

Signalons enfin des caractères négatifs qui ne sont pas les moins importants : absence complète des grains jaunes, absence de douleur spontanée et à la pression, engorgement ganglionnaire nul (observations I et III) ou peu marqué (observation II).

L'évolution de ces lésions ulcéreuses est remarquablement lente et torpide.

Dans notre premier cas, il y aurait même eu guérison spontanée de quelques-uns des foyers; les autres suivaient depuis des années une marche traînante.

Dans les deux autres cas, les lésions encore peu étendues dataient de plus d'une année, ayant peu creusé en profondeur; elles s'étendaient relativement davantage en surface sans atteindre de grandes dimensions.

Les *cicatrices* qui en résultent et subsistent indéfiniment sont blanchâtres ou violacées, légèrement déprimées au centre, de forme assez régulièrement arrondie ou ovalaire. Dans le premier cas, il y avait eu formation de ponts cutanés persistants, signe pour ainsi dire pathognomonique.

Discussion nosologique.

On voit par cette description clinique que la nature tuberculeuse de ces ulcères (qui fut prouvée dans nos trois cas par l'inoculation au cobaye) pouvait être sinon affirmée, tout au moins considérée comme très vraisemblable par certains de ses caractères : lente évolution, bords irrégulièrement découpés, faible tendance à creuser en profondeur, manque d'induration de la base, et d'autre part par la coexistence d'autres manifestations tuberculeuses. Mais comme on a pu le voir également, les caractères de ces ulcérations diffèrent considérablement de ceux de l'ulcère tuberculeux typique. D'abord le terrain où on les observe n'est pas le même. L'ulcère tuberculeux se rencontre surtout chez les phtisiques atteints de tuberculose pulmonaire ou intestinale avancée; il résulte d'une auto-inoculation de bacilles virulents émis dans les crachats ou les matières fécales ; de là, son siège au voisinage de la bouche ou de l'anus. Beaucoup plus rarement il apparaît dans des conditions toutes différentes, mais avec des caractères morphologiques analogues, comme une sorte d'accident primitif résultant d'une inoculation professionnelle ou accidentelle de bacilles virulents sur un organisme sain. Là encore il siège en des points exposés à ces inoculations (cas d'ulcères de la verge consécutifs à la circoncision; ulcères de la main par inoculation accidentelle).

Outre ces différences de siège, entre l'ulcère tuberculeux typique et la variété que nous étudions, la

clinique nous montre des différences marquées dans l'aspect même de l'ulcération. L'ulcère des phtisiques est de dimensions plus petites, quelques millimètres à un ou deux centimètres. Il a un contour plus déchiqueté, des bords violacés, un fond irrégulier, pas très creux, de coloration grisâtre. Dans son voisinage, on trouve les grains jaunes de Trélat, punctiformes ou du volume d'une tête d'épingle, plus ou moins abondants. Cet ulcère est toujours sensible à la pression et souvent douloureux spontanément ; les ganglions correspondants sont presque toujours engorgés. L'évolution en est assez lente, moins torpide pourtant que celle de nos ulcérations; il persiste pendant des semaines et des mois sans aucune tendance à la cicatrisation spontanée.

Nous verrons tout à l'heure que l'étude anatomo-pathologique et les examens bactériologiques révèlent entre ces deux variétés des différences importantes. Disons simplement ici, — ce qui n'est pas sortir du domaine clinique, — que dans le cas de l'ulcère des phtisiques, un simple frottis de la lésion permet de trouver des bacilles de Koch généralement abondants, pourvu qu'on ait soin de les rechercher là où ils sont, c'est-à-dire sous les bords de l'ulcère et non dans le fond qui est recouvert de débris nécrosés,

Si nos cas se différencient si nettement de l'ulcère tuberculeux typique, dans quel groupe de lésions tuberculeuses pouvons-nous les ranger? Rappelons ici comment on a pu classer ce groupe des ulcérations tuberculeuses.

Une première division sépare les tuberculoses cuta-

nées essentiellement ulcéreuses de celles qui ne le sont qu'accessoirement.

« Tout processus tuberculeux de la peau, dit Du Castel (21) peut aboutir, à un moment donné, à l'ulcération; la tuberculose verruqueuse cache toujours, au fond de ses fissures, un certain nombre d'ulcérations miliaires; une forme de lupus se fait remarquer par sa tendance à l'ulcération, ce qui lui a valu le nom d'exedens; elle peut même être à ce point destructive qu'elle amène pour le malade des pertes de tissu considérables, c'est le lupus vorax. Mais, dans toutes ces formes de tuberculose cutanée, à côté du processus ulcéreux, avant lui et le préparant, il est facile de constater l'existence d'un processus organisateur important, processus sclérogène du lupus scléreux, formation de nodules et d'infiltration tuberculeuse dans le lupus : dans la tuberculose scléro-ulcéreuse, la marche de l'affection est tout autre; le processus ulcéreux domine absolument l'histoire de la maladie; et, si la formation de granulations tuberculeuses miliaires préside à sa naissance, celles-ci se font remarquer par leur peu de vitalité, leur désorganisation, leur destruction rapide : tout aussi foudroyantes sont pour ainsi dire la dégénérescence caséeuse, la désintégration granuleuse des productions inflammatoires, qui se font au pourtour de ces granulations ».

Ce n'est évidemment pas dans le groupe des dermatoses tuberculeuses secondairement et accessoirement ulcéreuses qu'il faut ranger les cas que nous avons observés.

Ce groupe est constitué en effet par les formes ulcé-

reuses du lupus et de la tuberculose verruqueuse. On peut, il est vrai, observer à côté des formes typiques où le processus papillomateux ou d'infiltration nodulaire prédomine sur le processus ulcéreux, d'autres formes un peu anormales, frustes, pour ainsi dire, qui se présentent au premier abord comme essentiellement ulcéreuses, le processus végétant ou infiltrant étant masqué par la tendance à l'ulcération. Mais dans ces cas un examen attentif permet toujours de retrouver sur les bords soit les formations verruqueuses, soit les nodules lupiques si caractéristiques à la vitro-pression. Nous en rapporterons plus loin quelques exemples. Dans nos observations, au contraire, ces signes manquaient complètement, et l'histologie comme la clinique nous ont montré l'importance primordiale du processus ulcéreux. D'ailleurs la topographie des lésions n'était celle ni de la tuberculose verruqueuse (dos de la main ou région anale), ni du lupus.

Nous avions donc affaire à une dermatose bacillaire essentiellement ulcéreuse. Or, dans ce groupe, nous trouvons d'une part un type clinique bien caractérisé, c'est l'ulcère tuberculeux typique (tuberculosis ulcerosa miliaris des auteurs allemands) dont nous avons rappelé les caractères si manifestement distincts de ceux de nos ulcères; et, d'autre part, le groupe des ulcères atypiques (tuberkulosen Ulzerationen von nicht miliaren Charakter). Mais comme le note Jadassohn (38) cette dernière classe est encore bien mal connue.

« Les dermatologistes ont beaucoup moins approfondi l'étude des ulcérations de nature tuberculeuse qui

ne se confondent ni avec les ulcères typiques, ni avec les ulcérations du lupus ou des gommes scrofuleuses. Ces ulcérations sont donc atypiques et ne se présentent pas en clinique toujours sous le même aspect; tantôt elles ressemblent aux ulcères lupiques, tantôt se présentent comme des ulcérations torpides, bourgeonnant mal, irréguliers de contour, parfois papillomateuses, à bords plats mal circonscrits. Dans d'autres cas, elles simulent d'autres affections de la peau ou des muqueuses, ce qui se marque dans la dénomination qu'on leur a donnée, comme par exemple les ulcérations dites chancriformes ou épithéliomatoïdes. »

Ce groupe apparaît là comme bien hétérogène et obscur; il semble qu'on puisse aujourd'hui y mettre un peu d'ordre et y projeter un peu de lumière. D'une part, les recherches récentes sur les mycoses permettent d'expliquer l'aspect anormal de certaines de ces ulcérations considérées comme tuberculeuses, soit par une erreur de diagnostic, soit dans certains cas exceptionnels que nous citerons plus loin par une association (infection double par le bacille de Koch et un champignon sporothrichum ou autre). D'autre part on doit écarter de ce groupe, pour les classer à leur véritable place, les variétés anormales d'ulcères lupiques ou verruqueux où, comme nous l'avons vu, un examen attentif confirmé par l'étude histologique, permet de retrouver derrière le processus ulcéreux la papillomatose ou l'infiltration nodulaire. Ces rectifications faites, il reste en face de l'ulcère typique, une variété d'ulcérations tuberculeuses qui se présentent en clinique avec des caractères assez

particuliers et assez constants pour pouvoir faire l'objet d'une description. C'est cette affection que M. Darier (20) avait décrite dans son *Précis de Dermatologie* sous le nom de « Ulcères tuberculeux atypiques ».

« Je décris sous ce nom une forme clinique qui n'est pas très rare et dont le diagnostic est toujours des plus embarrassants.

« Il s'agit d'ulcères arrondis, ou ovalaires, ou polycycliques, des dimensions d'une pièce de 2 francs a celle de la paume de la main, siégeant en un point quelconque des téguments : j'en ai observé à l'épaule, à la poitrine, sur les aines, sur les cuisses, au cou-de-pied, etc. Les bords sont souvent partiellement en pente douce, partiellement à pic ou décollés, de couleur rouge sombre ou violacée ; le fond est grisâtre ou rouge, vif et bourgeonnant; il n'y a pas de points jaunes; la base est peu infiltrée et n'est pas indurée. L'évolution est torpide et fort lente.

« Le diagnostic reste hésitant entre les hypothèses de syphilide tertiaire ulcéreuse, d'ulcère tuberculeux anormal et de tuberculide ulcéreuse. C'est parfois en vain que l'on a recours aux procédés de laboratoire pour trancher la question; en effet, la biopsie ne donne pas pas de résultats décisifs; on ne trouve pas de bacilles de Koch sur les frottis ou dans les coupes : l'inoculation au cobaye est négative.

« D'autre part, le traitement hydrargyrique a une action curative nulle ou incomplète. Plusieurs fois il m'est arrivé d'obtenir une réaction à la tuberculine net-

tement positive. De nos jours, il serait nécessaire, dans un cas de ce genre, de rechercher les sporotrices ou autres mucédinées et les blastomyces. »

On voit combien cette description clinique s'applique aux cas que nous avons rapportés au chapitre I. On voit également que la nature tuberculeuse des lésions n'avait pu être démontrée d'une manière indiscutable. C'est pourquoi ces observations avaient été classées comme *ulcères tuberculiniques* ou *tuberculides ulcérées*. C'est sous ce titre que quelques-unes d'entre elles ont été publiées dans la thèse de Schmitt (67) faite dans le service du docteur Darier en 1907. Nous verrons au chapitre suivant comment ces observations se classent évidemment dans un groupe tout voisin des cas que nous avons observés, et comment ils constituent des faits de passage entre nos ulcères indiscutablement tuberculeux et des formes cliniques encore plus atténuées comme l'érythème induré de Bazin à type Hutchinson.

Anatomie pathologique.

Dans les deux cas que nous avons biopsiés nous avons trouvé des lésions tout à fait comparables qui nous permettent une description d'ensemble :

L'examen à un faible grossissement montre sur le bord de l'ulcère une infiltration du derme avec destruction partielle des fibres élastiques et conjonctives ; infiltration qui n'est pas très dense et s'accompagne d'œdème surtout marqué dans le corps papillaire. Il y a à la fois infil-

tration diffuse plus marquée autour des vaisseaux et des glandes, et formation de follicules tuberculoïdes typiques avec des cellules géantes parfois très volumineuses. Dans la partie qui correspond à l'ulcération, il n'y a plus d'épiderme et les tissus normaux du derme sont complètement remaniés. Les fibres élastiques et conjonctives ont disparu. Ce qu'on trouve c'est un tissu de bourgeon charnu contenant des vaisseaux de nouvelle formation plus ou moins richement distribués. Autour de ces vaisseaux sont groupés des éléments cellulaires.

Dans la profondeur, on note une réaction fibreuse et des lésions vasculaires et périvasculaires plus ou moins marquées. Les artères ne paraissent pas atteintes, mais il y a un processus de phlébite et de lymphangite tuberculeuse.

On rencontre également quelques foyers de nécrose peu étendus.

La nature et les caractères des divers éléments de l'infiltrat apparaissent à un plus fort grossissement. Les plasmazellen très nombreuses dans le cas de notre malade n° 1, moins abondantes dans l'observation II, sont très volumineuses avec un gros noyau excentrique et un protoplasma richement granuleux, fortement coloré en bleu par les bleus, en rouge par le Pappenheim. Elles ne sont pas pressées les unes contre les autres comme dans un plasmome syphilitique, mais plus étalées, tantôt disséminées dans le tissu et mélangées à des cellules rondes et des cellules conjonctives, tantôt groupées autour des vaisseaux ou des follicules tuberculoïdes.

Ceux-ci sont constitués par les éléments suivants : des cellules épithélioïdes, de forme polygonale étoilée, irrégulières, avec un grand noyau ovalaire, faiblement coloré, un protoplasma granuleux faiblement acidophile et comme vitreux. Au centre du follicule des cellules géantes, généralement peu nombreuses ; elles contiennent trois à dix noyaux disposés à la périphérie de la cellule dont le protoplasma est homogène et teinté en rose par l'éosine ; à la périphérie du follicule, des lymphocytes groupés en couronne.

Ces différents éléments du follicule tuberculeux peuvent se trouver dissociés. C'est ainsi qu'on rencontre des follicules purement épithélioïdes, des amas purement lymphoïdes, et d'autre part, des cellules géantes isolées dont quelques-unes très volumineuses.

En somme, il s'agit de lésions qui siègent dans le derme et sont caractérisées par une infiltration avec destruction progressive des tissus normaux. L'infiltration est d'une part diffuse sous forme de cellules rondes, polynucléaires et plasmazellen, qui se groupent surtout autour des vaisseaux et des glandes ; d'autre part, nodulaires avec formations de follicules tuberculoïdes typiques.

Puis, après le travail d'infiltration, il semble se faire un remaniement des tissus avec prolifération des cellules conjonctives. On trouve alors un tissu de bourgeon charnu contenant des vaisseaux de nouvelle formation et des éléments cellulaires groupés surtout autour de ces vaisseaux. Ce qui domine là ce sont les cellules conjonctives et les éléments lymphoïdes

groupés en amas. C'est là sans doute un processus de réparation et de cicatrisation de l'ulcère. Dans la profondeur, nous avons rencontré des lésions veineuses et lymphatiques plus ou moins accusées qui jouent certainement un rôle important dans la production de l'ulcération.

Les nuances que nous avons signalées entre les deux cas sont en somme de peu d'importance et tiennent sans doute aux différences qui existaient dans le siège et l'âge des lésions.

Si nous comparons maintenant cet aspect histologique à celui de l'ulcère tuberculeux des phtisiques, nous voyons immédiatement des différences très nettes. Dans nos cas, la structure est beaucoup moins folliculaire et la réaction tuberculoïde y est beaucoup moins pure. On peut donc dire qu'au point de vue anatomopathologique, nos ulcères sont, comme au point de vue clinique, *atypiques*, si l'on ne réserve pas à ce mot le sens de non-folliculaire que lui avait donné Gougerot.

La comparaison avec les ulcérations gommeuses, scrofuloderme, érythème induré, — en somme le groupe des tuberculoses et tuberculides de l'hypoderme, — nous montre dans l'aspect et la structure des analogies frappantes. Pourtant, dans nos cas, le siège de l'infiltration est moins profond, les lésions vasculaires moins accentuées, et surtout le processus de nécrose moins marqué. L'étude clinique nous a montré qu'à ces différences dans les lésions anatomiques, correspondaient un aspect et des caractères morphologiques bien différents. Nous savons d'autre part que, au point de vue bactério-

logique, la richesse en bacilles est généralement plus grande dans les gommes tuberculeuses que dans nos ulcères.

En somme, c'est de certains lupus que nos ulcères atypiques se rapprochent le plus par leurs caractères histologiques comme par leur évolution. Mais ils s'en distinguent par l'absence des *lupomes*, formation nodulaire particulière qui caractérise les types cliniques réunis sous le nom de lupus.

Bactériologie.

Dans nos trois cas, la nature tuberculeuse de l'affection a pu être démontrée d'une manière incontestable mais dans notre observation III il n'a été fait aucune recherche sur la nature et la virulence du bacille. Au contraire, dans nos observations I et II, nous avons pu grâce aux examens de M. Burnet étudier avec quelques détails le bacille en cause. Nous ne retiendrons donc que ces deux premiers cas.

La recherche directe des bacilles sur les coupes a été dans les deux cas négative, ce qui tient certainement au petit nombre des bacilles et peut-être à la difficulté de les mettre en évidence. On sait que tout récemment divers auteurs ont proposé des méthodes d'examen qui colorent une forme granuleuse du bacille invisible avec le Ziehl. Ce sont les procédés de Much. Dans notre observation I où les recherches avec le Ziehl ont été négatives, nous avons pratiqué les examens après coloration par le Much et nous avons trouvé dans une cellule

géante quelques granulations violettes qui sont peut-être des formations bacillaires. Mais la valeur de ce procédé est encore contestée et il semble que la technique ne mette pas à l'abri des causes d'erreur. Ces réserves sont encore plus justifiées en ce qui concerne l'application des procédés à l'antiformine, où les bacilles se retrouvent dans le culot de centrifugation, après digestion des tissus. Nous n'avons pas pratiqué personnellement d'examen de ce genre.

Les inoculations ont donné dans les deux cas des résultats semblables : elles ont prouvé l'origine humaine du bacille et montré qu'il possédait une virulence moyenne, non atténuée, puisque un quart de milligramme de culture donnait au cobaye au bout d'un mois ou six semaines une infection tuberculeuse généralisée avec quelques fines granulations dans le poumon. Il est intéressant de rappeler à ce propos quelques travaux récents où des bactériologistes ont étudié précisément l'origine et la virulence des bacilles dans les cas de tuberculose cutanée.

La Commission anglaise d'études bactériologiques sur le lupus a étudié 20 bacilles isolés de 20 cas de lupus. Elle en a trouvé 2 de type nettement humain, un de type bovin. Les autres sont atypiques, les caractères de forme et de culture n'étant pas d'accord avec les caractères de la virulence. La Commission anglaise les considère comme des bacilles bovins ou humains atténués.

Rothe et Bierotte (65) ont étudié 28 cas de lupus dont ils ont obtenu 22 cultures. Ils définissent l'origine du

bacille par l'injection de 10 milligrammes sous la peau du lapin. Cette épreuve a défini le type de ces 22 cultures si nettement qu'il n'y a pas eu lieu de faire d'inoculation aux bovidés.

Les auteurs ont trouvé dans 23 cas du bacille humain, dans 4 cas du bacille bovin.

Certains cas sont complexes : chez un malade ayant du lupus du scrotum et du lupus du nez, on a trouvé du bacille humain dans la lésion du scrotum et du bacille bovin au niveau du nez, sans que rien ne puisse expliquer ce résultat.

Au total, pour les 28 cas de lupus, 82,5 de bacilles humains et 14,8 p. 100 de bacilles bovins.

Aucun de ces bacilles de lupus ne s'est montré atténué. Lorsqu'ils se sont développés sur le cobaye avec une extrême lenteur, lorsqu'il a fallu, avant d'obtenir la culture, les faire passer de cobaye à cobaye (jusqu'à 4 fois dans un cas), c'est que les bacilles étaient très rares dans la matière inoculée. La culture pure montre une virulence normale.

Un bacille bovin d'un lupus vieux d'une dizaine d'années a montré d'emblée une virulence normale.

Au cours de recherches faites en 1912, Burnet (15) sur 59 bacilles isolés de tuberculoses externes n'a pas rencontré une seule fois du bacille bovin. Par contre, il a pu vérifier l'existence de bacilles atténués en particulier dans les lésions cutanées. Il en cite un exemple très net provenant d'un lupus du service de M. Thibierge : bacille type humain dont la culture pure inoculée à doses variables se montra très peu virulente

tant pour le cobaye que pour le lapin et le singe.

Burnet a rencontré encore récemment de nouveaux exemples de ces bacilles atténués, en particulier dans un cas de tuberculose verruqueuse du service de M. Darier.

On peut donc trouver dans les tuberculoses cutanées d'une part des bacilles bovins en proportion plus ou moins grande, proportion qui à Paris semble très faible, et le serait moins à Londres et à New-York; d'autre part, des bacilles nettement atténués au point de vue de leur virulence expérimentale.

Dans nos cas personnels, nous avons eu affaire à des bacilles de type humain, très probablement peu nombreux dans les lésions, et de virulence moyenne.

Etude pathogénique.

On peut considérer comme établie, une première donnée qui résulte incontestablement de l'inoculation positive au cobaye : c'est la nature bacillaire vraie des lésions. Deux questions restent à élucider :

1° Comment les bacilles sont-ils parvenus dans ces divers foyers cutanés? Y a-t-il eu infection endogène ou exogène?

2° Quels sont les facteurs qui conditionnent l'évolution de ces lésions et leur impriment dans le cas particulier une allure torpide et cliniquement atténuée?

Sur le premier point, l'hypothèse de beaucoup la plus vraisemblable est celle de l'origine embolique de ces foyers tuberculeux, la migration bacillaire provenant

d'un foyer primitif pulmonaire ou ganglionnaire. Cette hypothèse s'appuie sur des faits cliniques et histologiques; il lui manque la preuve directe de la présence du bacille de Koch dans le sang. Cela tient à la difficulté de la mise en évidence du bacille tuberculeux, difficulté d'autant plus grande que cette migration résulte de décharges passagères et n'est pas liée comme nous l'avons vu à un état bacillémique permanent. Nous savons aujourd'hui que le passage du bacille de Koch dans le sang, que seul un hasard heureux permet de saisir et de démontrer par la tuberculisation du cobaye, peut se produire non seulement au cours de la granulie et chez les tuberculeux cavitaires, mais parfois aussi dès les périodes initiales de l'infection bacillaire. Ces faits constituent une première vérification expérimentale de la nature embolique de ces lésions cutanées qui, jusqu'à présent, était restée une hypothèse théorique.

Les arguments d'ordre clinique sur lesquels s'appuie cette théorie pathogénique ne se fondent pas sur l'aspect même des lésions. Une même forme clinique (lupus, tuberculose verruqueuse, etc.), peut être réalisée soit par inoculation exogène, soit par dissémination des bacilles par voie sanguine ou lymphatique. Ces arguments cliniques sont fournis par le siège des foyers tuberculeux en des points qui ne sont particulièrement exposés ni au processus d'auto-inoculation, comme par exemple dans le cas de l'ulcère de la langue des phtisiques, ni à une hétéro-inoculation traumatique ou professionnelle. D'autre part, la coexistence d'autres lésions tuberculeuses disséminées s'explique également

par une commune origine embolique. Rappelons que chez notre première malade, nous trouvons, outre une tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, une éruption d'éléments papuleux, à type de lichen scrofulosorum, d'origine embolique très vraisemblablement. Notre seconde malade présentait des localisations tuberculeuses multiples, lupus du nez, gommes de la cuisse, spina ventosa. Notre troisième malade portait en un point symétrique du siège de son ulcère bacillaire un foyer lupique.

Pourquoi ces foyers emboliques ont-ils produit chez nos malades des lésions si torpides et si atténuées? Plusieurs hypothèses peuvent émises.

L'une d'elles cherche à expliquer cette évolution relativement bénigne par une virulence affaiblie du bacille. C'est ce que Burnet a cherché à vérifier par une enquête expérimentale méthodique. Il résulte de ses recherches qu'on rencontre dans certaines lésions cutanées des bacilles qui se montrent expérimentalement peu virulents, mais le cas est très rare, et pour nos malades en particulier, la virulence n'était nullement affaiblie.

Un autre facteur qu'on a invoqué est la résistance locale plus ou moins grande du terrain expliquant l'allure plus ou moins bénigne de l'affection et la réaction anatomique tantôt nettement folliculaire, tantôt atypique. Il semble que, dans certains cas, ces différences de sensibilité et de résistance locales interviennent, mais l'explication n'est pas valable d'une manière générale. En effet, si la peau est habituelle-

ment un mauvais terrain pour le développement du bacille de Koch, on peut néanmoins y voir évoluer des lésions à marche aiguë et cliniquement très virulente. C'est précisément le cas de certains ulcères tuberculeux.

Si nous cherchons ce qui distingue les cas où l'ulcération évolue avec l'allure lente et torpide si caractéristique de nos observations, et ceux où, au contraire, la marche est moins traînante et plus rapidement progressive, nous voyons que les premiers s'observent chez des sujets porteurs de lésions tuberculeuses viscérales et ganglionnaires anciennes, remontant à l'enfance, mais restées minimes, tandis que l'ulcère typique survient dans des conditions étiologiques bien différentes: tantôt chez des phtisiques à un stade avancé de l'affection pulmonaire ou intestinale, tantôt au contraire comme une sorte d'accident primitif sur des sujets indemnes de tuberculose. On est donc amené à admettre que ces différences dans l'évolution sont liées à des variations de la résistance générale de l'organisme qui, dans le cas de nos malades, serait vacciné par une infection déjà ancienne ; au contraire, dans les cas d'ulcère typique, nous trouvons le sujet ou trop malade pour réagir, ou non vacciné par une tuberculisation antérieure. Ce dernier cas, — ulcère tuberculeux de la peau apparaissant comme une sorte d'accident primitif par inoculation de bacilles sur un terrain non encore tuberculisé, est naturellement tout à fait exceptionnel, — du moins chez l'adulte — dans nos pays, où nous sommes tous dès l'enfance plus ou moins touchés par les bacilles

de Koch. Il en existe pourtant des exemples incontestables entre autres le cas de Hanot (31) et l'intéressante observation de Queyrat et Laroche (tuberculose ulcéreuse accidentelle du pouce à marche aiguë prise pour un chancre syphilitique).

C'est précisément chez ces malades, cavitaires, cachectiques, ou sujets non tuberculisés encore que les épreuves de la cuti-réaction et de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine restent négatives, montrant ainsi l'absence ou le fléchissement des anticorps. Ce sont donc des états d'*allergie* (von Pirquet) (58) mis en évidence par ces réactions à la tuberculine qui conditionnent et règlent l'évolution de ces lésions cutanées ulcéreuses. L'ulcère atypique se rencontre chez des sujets tuberculeux depuis de longues années, mais à lésions viscérales minimes et qu'on peut considérer comme vaccinés (réaction à la tuberculine positive). Les ulcères typiques, au contraire, surviennent chez des sujets qui ne réagissent pas, soit par suite de leur état cachectique, soit (cas beaucoup plus rares) par absence de tuberculisation antérieure.

Ce sont des phénomènes analogues (phénomènes d'allergie) qui éclairent certains faits observés depuis longtemps par les cliniciens et dont l'explication échappait jusqu'à présent; par exemple, l'influence si manifeste de la rougeole favorisant la dissémination de la tuberculose et des tuberculoses cutanées en particulier. C'est le cas précisément pour nos malades; deux d'entre elles sur trois ont vu leurs lésions de la peau survenir à la suite de la rougeole. Or, comme l'ont montré les recher-

ches récentes de von Pirquet, au cours de cette maladie, la cuti-réaction à la tuberculine devient passagèrement négative (période d'*anergie*), mettant en évidence un fléchissement des anticorps qui permet à une tuberculose jusqu'alors latente et discrète de produire une poussée plus ou moins violente.

L'expérimentation chez l'animal apporte aussi quelques éclaircissements à ces problèmes pathogéniques et un commencement de démonstration expérimentale des réactions allergiques. Déjà Gougerot et Laroche (28) avaient réussi à obtenir des lésions différentes chez le cobaye, suivant qu'ils opéraient sur des animaux normaux ou sur des animaux déjà tuberculisés. Des expériences toutes récentes de Rist et Rolland montrent d'une manière précise que le sort des bacilles tuberculeux injectés dans la peau du cobaye est tout différent, suivant qu'il s'agit d'un cobaye sain ou d'un cobaye déjà tuberculisé. Dans le premier cas, il y a production de tuberculose d'abord locale, puis généralisée. Dans le second cas, au contraire, les bacilles introduits dans la peau disparaissent rapidement, ce qui prouve l'existence chez l'animal d'un état d'immunité incontestable.

Ainsi, les données récentes ont éclairci certains points du problème qui est en réalité celui des tuberculides et des tuberculoses atténuées. Nous savons maintenant qu'on rencontre dans quelques cas de tuberculose cutanée des bacilles peu virulents qui peut-être jouent le rôle de vaccin. Nous savons, d'autre part, que la réaction de l'organisme à la réinfection dépend d'un état d'allergie (à la fois immunisation et hypersensibilité) que nous

pouvons évaluer par les épreuves de la tuberculine. Ces questions s'éclairent par l'étude du phénomène de Koch dont l'analyse expérimentale se poursuit. Mais il persiste encore bien des inconnues, aussi bien en ce qui concerne le bacille que dans le rôle du terrain.

D'une part, il ne suffit sans doute pas d'envisager en bloc la virulence du bacille. On sait combien cette notion de virulence est en réalité complexe[1]. Dans le cas du bacille de Koch en particulier, il entre peut-être en jeu des différences qualitatives dans les poisons sécrétés, certaines races de bacille étant plus caséifiantes, d'autres plus sclérosantes. D'autre part, la réaction de l'organisme n'est pas réglée uniquement par l'état de vaccination antérieure et si la comparaison des tuberculides avec le phénomène de Koch éclaire le problème, elle ne le résout pas. Chez l'homme, l'hérédité, les intoxications, les infections associées interviennent certainement de même que les conditions anatomiques locales, en particulier les altérations vasculaires plus ou moins prononcés, comme des facteurs importants dans l'évolution des lésions tuberculeuses.

(1). Voir à ce sujet la thèse de Cotoni. *La virulence des pneumocoques*, Paris, 1912 et les articles de Nicolle et Forgeau sur les *facteurs de toxicité des bactéries* (54).

CHAPITRE III

FORMES VOISINES D'ULCÈRES TUBERCULEUX

Nous avons tracé l'esquisse de cette variété d'ulcères tuberculeux d'après l'étude des trois cas que nous avons pu observer personnellement. Quoique cette affection soit assurément loin d'être exceptionnelle, puisque nous en avons rencontré trois cas en un an, elle n'est pas non plus d'une grande fréquence, et nous n'avons pas pu trouver dans la littérature dermatologique des cas tout à fait comparables avec examens histologiques et bactériologiques. Mais il nous semble légitime de faire entrer dans ce cadre des ulcères tuberculeux atypiques, certaines observations très voisines des nôtres par l'aspect des ulcérations et les caractères d'évolution. La démonstration de la nature tuberculeuse des lésions par l'inoculation au cobaye n'a pas été tentée ou a échoué; mais nous savons que cette preuve peut ne pas être obtenue dans les dermatoses tuberculeuses les plus classiques : Dans le lupus, par exemple, la démonstration échoue dans un tiers des cas environ:

on n'en considère pas moins tout cas de lupus comme tuberculeux. Nous nous croyons donc autorisés à admettre parmi les ulcères atypiques un certain nombre d'observations malheureusement incomplètes, et nous sommes convaincus qu'en poursuivant l'étude des lésions ulcéreuses de la peau, on trouvera des exemples de plus en plus nombreux de la forme clinique qui fait l'objet de notre étude.

Des observations que nous allons citer ici les unes se rapportent à des cas observés par les chirurgiens; ils ont été étudiés surtout au point de vue des indications de la technique opératoire ; nous en rapportons au chapitre *Traitement*, deux cas publiés par M. Morestin (49-50).

D'autres cas ont été publiés sous le nom de « ulcères scrofuleux » ou « tuberculides ulcérées »; nous en rapportons ici deux exemples empruntés à la thèse de Schmitt (67).

D'autres cas enfin, en raison de la localisation aux membres inférieurs avec une symétrie plus ou moins marquée, du début par une plaque rouge et infiltrée s'ulcérant secondairement, et de la coexistence de nodules analogues non ulcérés, ont été considérés comme une variété particulière de l'érythème induré de Bazin. C'est ce qu'on a appelé le type Hutchinson de cette affection. En réalité, il semble, comme nous le verrons, que dans un certain nombre de cas tout au moins, l'aspect clinique et l'évolution se différencient nettement de l'érythème induré et que le caractère ulcéreux prédomine au point que les observations se

rapprochent plus de nos ulcères atypiques que de l'érythème induré vrai.

Enfin, dans la troisième partie de ce chapitre, nous rapporterons quelques exemples d'une forme ulcéreuse de la tuberculose verruqueuse, forme où le caractère papillomateux des lésions est à peine marqué et qui se trouve présenter des faits de passage avec nos ulcères atypiques.

Observation IV.

Ulcère tuberculeux du pied. Tuberculine. Guérison[1].
(Obs. XIV de Schmitt.)

Mme Q..., 42 ans, ménagère, entre le 2 février 1903, salle Lorain à la Pitié, pour un ulcère du pied gauche.

Après une entorse de l'articulation tibio-tarsienne (1902) elle constata l'apparition d'une petite tumeur dure qui, cinq mois après, s'ulcéra. La plaie s'agrandit. Malgré le traitement mercuriel, elle s'élargit encore.

Actuellement, dans l'espace intermalléolaire gauche, large ulcération de 0 m. 04 sur 0 m. 05, limitée par un bourrelet dur, légèrement saillant, et dont les bords sont soulevés et décollés. Sur le pied, petit bourgeon charnu.

Bon état général et pulmonaire. Au cou, cicatrices d'abcès froids.

13 février. — Tuberculine : 5 décimilligrammes à 7 heures du soir.

14 février. — Aucune réaction locale ou générale. Légère diurèse : 2 lit. 450.

Urines claires, sans albumine.

(1) Dans la suite, cette malade a eu, à plusieurs reprises, de nouvelles gommes ulcérées de la région du cou-de-pied et du pied. Un traitement iodo-mercuriel intense a été de nouveau essayé sans résultat.

16 février. — Deuxième injection : 1 milligramme à 7 heures du soir.

17 février. — Erythème et induration légère à l'endroit de la piqûre. Pas de fièvre.

L'ulcère a une teinte un peu plus rose. Le bord interne semble s'affaisser et reculer.

20 février. — L'ulcère a grandi du côté de son bord interne. Le bourrelet a disparu; la plaie est plus superficielle dans cette dernière portion, et a une bordure nette, de plus petit diamètre que le reste de l'ulcère; il semble qu'on vienne d'y faire une incision curviligne. En même temps, se dessinent à la partie inférieure, deux petites bandelettes de peau saine, qui tendent à se rejoindre et à former un pont. .

Dimensions : 5 centimètres dans le sens transversal; 4 centimètres verticalement. — Pansements à l'eau oxygénée étendue.

A 7 heures du soir, troisième injection : 2 milligrammes.

21 février. — Pas de réaction générale. Pas de transpiration.

Localement, la compresse est légèrement adhérente et un peu teintée de rouge.

Pas de suppuration; teinte rose vif. La malade dit que les douleurs qu'elle ressent chaque soir à la malléole gauche ont disparu peu après l'injection pendant deux heures environ.

22 février. — Diurèse abondante. Urines : 4 lit. 200. Pas d'albumine.

24 février. — On remplace les pansements à l'eau oxygénée, par des pansements à la vaseline et à la poudre de dermatol. On note « la consistance douce, velvétique, de l'ulcère qui repose sur une nappe d'induration restreinte. Sur les bords, l'induration est forte et limitée à quelques millimètres. La base de l'ulcère paraît être en contact avec la gaîne des tendons.

26 février. — Quatrième injection : 5 milligrammes à 7 heures du soir.

27 février. — Insomnie légère; céphalée; transpiration minime.

Plus de douleurs malléolaires. Température maxima : 38°3 à 7 heures du matin.

4 mars. — Régression sensible de l'ulcère et cicatrisation nette, marchant du bord supérieur au bord inférieur. Mêmes pansements à la vaseline et au dermatol.

24 mars. — Une grande partie de l'ulcère est cicatrisée. Bourrelet encore saillant et dur à la partie inférieure; il reste deux ulcérations putéiformes.

Pas de suppuration. Pas de ganglions inguinaux.

Quatrième injection : 1 milligramme à 7 heures du soir.

25 mars. — A l'endroit de la piqûre, on constate une grande nappe de forme ovalaire, de l'étendue de la main, de couleur rose lilas, franchement congestive, présentant au centre, à l'endroit exact de la piqûre, une tache de la largeur d'une pièce de 5 francs, à contours géographiques, de couleur cramoisie, à fond brunâtre après vitro-pression.

A la place des deux piqûres précédentes, on note un peu de rougeur et d'induration.

Température maxima : 39°5, à 2 heures de l'après-midi.

Transpiration nocturne abondante, ayant duré de 10 heures du soir à 2 heures du matin. Douleurs lombaires, mais aucune douleur à la malléole interne; petit ganglion inguinal gauche.

26 mars. — Urines : 3 lit. 250.

La cicatrisation progresse. Pansements à la vaseline et au dermatol.

4 avril. — La cicatrisation est complète. Seules les deux ulcérations persistent, mais très petites (un grain de blé).

La malade sort.

25 mai. — Elle se présente à la consultation. La cicatrice du pied est dans l'état suivant : « Cicatrisation totale, adhérence au tendon voisin, surface gaufrée, légèrement chéloïdienne, non douloureuse. »

Observation V.

Tuberculides hypodermiques et dermiques multiformes (gommes scrofuleuses; sarcoïdes sous-cutanées; érythème induré ulcéré; tuberculides papulo-nécrotiques. Tuberculine. Guérison incomplète. (Obs. XVIII de Schmitt.)

Mlle D.., 26 ans, domestique, entre le 18 décembre 1905, salle Vidal, à Broca, parce qu'elle est gênée par deux ulcérations de la jambe gauche, douloureuses lorsqu'elle reste longtemps debout.

On constate des éléments sous et intra-cutanés, constitués par des nodules mal limités ; quelques-uns paraissent ramollis au centre, sans qu'on puisse toutefois percevoir de fluctuation.

Sur l'avant-bras gauche, petit nodule dermique induré, avec halo érythémateux.

Sur le mollet droit, ulcération à bords à pic, reposant sur une base érythémateuse très indurée, à limites précises.

Sur les fesses, traces d'anciens éléments : cinq nodules sous-cutanés indurées sont disposés en demi-cercle, à droite et à gauche.

Ganglions poplités, axillaires et cervicaux.

Le début remonte à cinq ans et se fit par petites poussées de nodosités sous-cutanées, survenant au printemps, accompagnées d'une rougeur de la peau, et disparaissant après desquamation. Elles apparurent d'abord à la jambe droite.

Deux ou trois ans après, ulcération de la jambe droite, se développant non pas sur une tumeur formée par la réunion de petites nodosités, mais sur une nodosité sous-cutanée unique, de la grosseur d'une amande, qui s'ouvrit à l'extérieur.

Depuis cette époque, l'ulcération s'ouvrit et se ferma plusieurs fois.

Depuis quatre mois, aggravation persistante caractérisée par un agrandissement de l'ulcération de la jambe droite et

par l'apparition de nouvelles nodosités sur la jambe gauche et sur les bras.

Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels.

23 décembre. — On remarque au-dessous du coude, trois cicatrices lenticulaires, légèrement déprimées, à bordure rosée : cicatrices typiques de papules tuberculo-nécrotiques guéries.

Biopsie de deux des nodules sous-cutanés du bras. Inoculation au cobaye du pus trouvé dans un des nodules fluctuants[1].

26 décembre. — Injection de cacodylate de soude : 5 centigrammes pendant deux jours; 10 centigrammes ensuite.

2 janvier 1906. — L'induration autour des plaies des jambes a pour ainsi dire disparu; sensibilité peu marquée. On ne peut plus reconnaître les limites précises de la plaque indurée. Les nodules des jambes ont beaucoup diminué. L'induration qui entourait les autres nodules a disparu. Des trois tuberculides papulo-nécrotiques précédemment remarquées, l'une présente une cicatrice sous une croûte, les deux autres, une ulcération sous une croûte. Les nodules des fesses ont un peu diminué de volume; la coloration reste cependant la même.

Le cacodylate de soude est supprimé.

A l'auscultation : sommet droit, expiration prolongée, exagération des vibrations vocales. Partout ailleurs, les poumons sont normaux.

3 janvier. — Tuberculine : 1 décimilligr. 1/2 à 6 heures du soir.

4 janvier. — Pas de rougeur, ni de gonflement des nodules. Pas d'éruption ni de courbature. Céphalée légère le soir. A 3 heures du soir, température : 38°2.

5 janvier. — La température atteint 38°5 à midi; elle reste au-dessus de 38, jusqu'à 9 heures du soir. La réaction, assez légère, a cependant duré trente heures.

1. Il nous a été impossible de retrouver les résultats des inoculations.

Pas de réaction locale suffisamment appréciable.

9 janvier. — Nouvelle inoculation au cobaye du pus des nodules. A l'endroit de l'injection de tuberculine, tubercule rose, adhérent à la peau, du volume d'une mandarine.

15 janvier. — Deuxième injection : 3 décimilligrammes à 5 heures du soir.

Température maxima : 38°4 dès 9 heures du soir.

16 janvier. — Continuation de la réaction thermique, faible, mais persistant jusqu'à 9 heures du soir où la température atteint encore 38°3.

23 janvier. — Troisième injection : 6 décimilligrammes à 6 heures du soir.

24 janvier. — Début de l'ascension thermique à 3 heures du matin, 38°7. Température maxima : 40°3 à 6 heures du soir. Le point où l'on a fait la piqûre est douloureux, tuméfié, rouge. Grande courbature.

Aucune réaction locale.

3 février. — Quatrième injection : 9 décimilligrammes à 5 heures du soir.

4 février. — Température maxima : 39° 2 à 6 heures du soir. Les anciennes piqûres rougissent et ont un aspect d'érythème ortié. Fatigue, courbature, céphalée violente.

Les éléments ne sont pas modifiés.

5 février. — Continuation de la réaction générale, transpiration abondante. Disparition dans l'après-midi.

Localement, on ne trouve plus à la jambe gauche qu'une petite nodosité profonde.

A la cuisse gauche, les nodosités ont complètement disparu.

A la hanche gauche, une seule persiste.

Sur le membre inférieur droit, aucune lésion.

La fesse droite ne présente plus que quatre nodosités sur six. A la fesse gauche, elles persistent encore, mais ont diminué de volume.

Sur le bras droit, une seule nodosité; trois, sur le bras gauche.

Ce deuxième cas nous amène au groupe des formes ulcéreuses de l'érythème induré. On sait que sous le nom d'érythème induré des scrofuleux, Bazin (9) avait décrit des plaques rouges violacées plus ou moins profondément indurées, qui s'observent communément chez les sujets jeunes, surtout chez les jeunes filles, au niveau de la partie externe et inférieure de la jambe, mais qu'on peut aussi observer aux membres supérieurs et à la face ; pour Bazin, il s'agit incontestablement d'une scrofulide. Dans sa description, le clinicien français n'avait pas signalé de forme ulcéreuse. Ce sont les auteurs anglais, Colcott Fox et surtout Hutchinson (35) qui appelèrent les premiers l'attention sur les formes ulcérées, d'où le nom de type Hutchinson, sous lequel on désigne cette variété. En réalité quand on se reporte au travail du dermatologiste anglais, il parait douteux qu'il s'agisse dans les dix-sept cas d'érythème induré ; on y trouve la description d'ulcères à marche torpide siégeant surtout aux membres inférieurs et rebelles au traitement spécifique. Dans les travaux récents, on s'est attaché à établir d'une manière plus démonstrative la nature tuberculeuse des lésions ; mais la preuve indiscutable (présence du bacille sur les coupes ou inoculation positive) n'a été obtenue que dans un très petit nombre de cas.

De ces travaux sur l'érythème induré, et en particulier sur la forme ulcéreuse, nous ne retiendrons que ceux de Thibierge et Ravaut, Mantegazza et Schidachi et la thèse toute récente de Guibert.

Thibierge et Ravaut (72) ont publié en 1899 une « Étude sur les lésions et la nature de l'érythème induré ».

Des trois observations qu'ils rapportent, la troisième s'accompagne d'ulcérations qui se rapprochent beaucoup par certains côtés de notre variété d'ulcères tuberculeux.

Observation VI

Erythème induré des membres inférieurs à éléments très nombreux dont quelques-uns sont ulcérés ; cicatrices des fesses présentant l'aspect des cicatrices de tuberculides nécrotiques; asphyxie des extrémités; tuberculose d'une phalange.

Car..., Valérie, âgée de 15 ans, entrée le 17 décembre 1898 à l'hôpital de la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire; mère, bien portante, a eu 6 enfants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans. Variole à 10 ans, avec anasarque; depuis cette époque, a toujours été souffrante, habitait la campagne depuis trois ans et demi; au mois d'août, elle est revenue à Paris et a été placée dans une place où elle avait peu de travail.

Ses règles, qui étaient apparues pour la première fois en mai, se sont arrêtées au mois d'août pour reparaître trois mois plus tard.

Les lésions cutanées, pour lesquelles elle entre à l'hôpital, ont débuté, dit-elle, au mois de septembre ou d'octobre dernier, mais elle ne peut donner des renseignements précis à ce sujet.

État actuel. — *Jambe gauche.* — Dans toute la moitié inférieure et postérieure, on voit une série de taches rouges de coloration tirant un peu sur le brun et légèrement violacées. Ces taches, de dimensions inégales, mesurent environ 5 à 6 millimètres, ont des contours mal délimités et sont légèrement saillantes. Leur coloration disparaît presque complè-

tement à la compression et il reste seulement un fond jaune-brun pâle.

A la palpation, chacune de ces taches correspond à une nodosité profonde dermo-hypodermique, de forme arrondie et de dimension au moins égale à celle de la tache.

Sur les parties latérales, les nodosités sont moins nombreuses ; sur la partie antérieure, elles font presque complètement défaut.

Sur la face interne, les nodosités semblent en voie de régression ; leur coloration est moins prononcée ; autour de la tache rouge, on voit une zone dont la coloration rappelle celle des ecchymoses. En outre, l'épiderme, par places, est en voie de desquamation assez prononcée.

Sur le pourtour de la jambe, on constate de 60 à 70 taches.

Pied gauche. — Sur la face dorsale, on voit une série de taches rouges rosées, moins larges que celles de la jambe et au niveau desquels on ne perçoit plus qu'une infiltration aussi accusée.

Des éléments semblables à ceux du dos du pied s'observent en assez grand nombre sur les malléoles.

Jambe droite. — Les lésions sont analogues à celles du côté gauche, mais en moins grand nombre ; elles remontent cependant à un niveau plus élevé.

On voit en outre deux ulcérations. Une des ulcérations, occupant la partie externe du mollet, a une forme presque régulièrement arrondie et mesure 22 millimètres de diamètre ; les bords sont régulièrement taillés en talus, sans décollement ni renversement ; le fond, de coloration rouge, à grosses granulations, est recouvert d'un enduit jaunâtre ; le pourtour de l'ulcération, de coloration rouge assez intense, est le siège d'une infiltration très prononcée, Plus bas, et au voisinage du tendon d'Achille, une autre ulcération arrondie mesurant de 7 à 8 millimètres reposant sur une base rouge et infiltrée, laquelle mesure 2 centimètres environ ; les bords sont moins nettement taillés, un peu plus inclinés et, dans toute la partie

inférieure, décollés sur une étendue de 1 à 2 millimètres ; le fond est irrégulier, parsemé de grosses granulations inégales, couverte d'un enduit jaunâtre.

Pied droit. — Les lésions du dos du pied présentent la même disposition et les mêmes caractères que du côté gauche.

Cuisses. — On n'y constate aucune lésion apparente.

Fessés. — Sur les fesses, on voit de nombreuses cicatrices, jusque dans la région trochantérienne, de coloration rouge, légèrement violacée, de forme allongée ou arrondie et mesurant 3 à 4 millimètres de large. Quelques-unes présentent une petite croûtelle ou squame centrale; déprimées à leur centre, elles ont l'aspect d'une cicatrice vaccinale très petite et très superficielle. Ces cicatrices rappellent assez celles qui succèdent aux tuberculides nécrotiques.

Il n'y a nulle part sur les fesses de nodosités rappelant celles des jambes.

Nulle part on ne trouve de trace de lichen scrofulosorum.

Mains. — Sur le dos des mains, la peau a une coloration rouge violacée, par plaques irrégulières ; elle est infiltrée, mollasse, mais ne conserve pas l'empreinte des doigts.

Sur les doigts, elle a une coloration rouge violacée, est infiltrée et forme par places des noyaux diffus analogues à ce que l'on voit dans la forme acro-asphyxique de la lèpre.

En outre, à droite, sur l'articulation phalango-phalangienne du médius et les deux articulations phalangiennes de l'auriculaire, des croûtes brunes reposant sur une zone rouge violacée, et légèrement desquamante. Au-dessous, une surface en voie de réparation et déprimée. Sur la première phalange de l'index gauche, une croûte épaisse et analogue.

A gauche, sur l'articulation phalango-phalangienne du médius, une ulcération de 15 millimètres environ avec croûte brunâtre.

Sur l'articulation phalango-phalangienne de l'auriculaire une ulcération semblable.

Sur plusieurs doigts, des cicatrices irrégulières de forme et

de surface, déprimées et larges de 15 millimètres environ.

Le *visage* présente le facies dit scrofuleux : les joues et le nez sont rouges, légèrement cyanotiques; les téguments, surtout ceux du nez et des lèvres, sont infiltrés.

On trouve, sous l'angle du maxillaire du côté droit, un ganglion résistant du volume d'une noisette.

Pas de lésions pulmonaires appréciables.

La malade séjourne à l'hôpital pendant deux mois; les lésions cutanées s'améliorent considérablement. L'ulcération qui n'a pas été excisée se répare complètement. La cicatrisation des lésions biopsiées se fait avec une certaine lenteur.

Elle rentre le 19 avril 1899 avec des lésions du médius gauche, tuméfaction diffuse avec fistule d'origine osseuse.

Les lésions cutanées anciennes sont remplacées par des mascules d'un rouge violacé pâle, au niveau de quelques-unes desquelles on perçoit de légères nodosités. Les lésions des fesses ne se sont pas modifiées.

Il y a un mois, l'adénopathie sous-angulo-maxillaire a augmenté de volume et s'est ouverte spontanément, donnant lieu à un écoulement de sérosité louche; l'ouverture est fermée depuis quinze jours; actuellement encore on sent un ganglion allongé verticalement qui roule sous le doigt.

Les mains sont toujours cyanosées.

Biopsie.

Des fragments furent prélevés en deux endroits différents; l'un au niveau d'une tumeur sous-cutanée, l'autre au niveau d'une ulcération. Comme dans les cas précédents, il était facile de sentir sous la peau les noyaux indurés formés par la tumeur; cependant, au niveau de celle qui était ulcérée, les limites entre la tumeur et le tissu voisin étaient moins nettes.

De même que pour les cas précédents, ces fragments furent fixés à l'alcool et au sublimé acide, et enfin, cette fois-ci,

nous pûmes faire des inoculations dont on retrouvera les résultats plus loin.

Examen histologique. — Les lésions sont les mêmes que dans les cas précédents; même disposition lobulée du tissu cellulaire sous-cutané; mêmes lésions vasculaires; même infiltration embryonnaire; même présence de cellules géantes et épithélioïdes; mêmes lésions de dégénération granuleuse, de nécrose; sur les coupes de la région ulcérée, on retrouve quelques lésions de dermite caractérisées par de l'épaississement des couches qui la composent et une légère infiltration embryonnaire, — cette dernière étant beaucoup plutôt liée à l'infection cutanée qui accompagnait l'ulcération, qu'à la tumeur sous-jacente.

Examen bactériologique. — Comme dans les cas précédents, des coupes ont été colorées par la méthode de Ziehl et les résultats ont été aussi négatifs; sur environ 20 coupes examinées, nous n'avons pu trouver de bacille de Koch.

Inoculations. — Deux cobayes furent inoculés; l'un, avec un fragment provenant de la tumeur ulcérée; malheureusement il mourut trente-six heures après l'inoculation de septicémie suraiguë causée par l'inoculation de la portion de peau ulcérée et certainement infectée. Le deuxième cobaye, inoculé avec un fragment de tumeur non ulcérée, maigrit assez rapidement et fut tué trente-cinq jours après l'inoculation; il présentait une tuberculose expérimentale typique avec ganglions, foie et rate remplis de tubercules; un deuxième cobaye fut inoculé avec la rate du précédent et présenta un mois après une tuberculose tout aussi nette que le premier; il n'y avait donc pas de doute possible sur la nature tuberculeuse de la tumeur inoculée.

Les auteurs font suivre l'exposé de leurs cas personnels d'une discussion sur les caractères généraux cliniques et histologiques de cette affection; ils insistent sur-

tout sur l'importance des lésions vasculaires qui seraient bien en rapport avec l'origine embolique de ces foyers bacillaires. On noterait assez souvent un mode de début brusque, identique à celui des tuberculides nécrotiques, en rapport également avec l'importance de ces lésions vasculaires. Enfin ces auteurs discutent la place que doit prendre l'érythème induré dans le cadre de la tuberculose cutanée, et montrent les analogies que cette affection présente avec les gommes tuberculeuses.

Mantegazza (47) rapporte d'abord l'observation de deux cas, l'un d'érythème induré, très légèrement ulcéré, coexistant avec un scrofuloderme; l'autre d'érythème induré ulcéré où l'on a obtenu une réaction très nette des lésions à la tuberculine. Mais dans les deux cas la recherche des bacilles et l'inoculation ont été tout à fait négatives. L'auteur discute les caractéristiques de cette affection; il cherche, en particulier, en quoi elle se distingue du scrofuloderme des auteurs allemands.

« Sous ce nom de scrofuloderme, on désigne une forme assez commune de lésions tuberculeuses survenant chez de jeunes sujets, siégeant soit au niveau du cou, soit sur les membres, sur le trajet des voies lymphatiques et évoluant sous forme de nodosités gommeuses, d'abord arrondies et dures, puis se ramollissant et s'ouvrant à la peau. L'évolution en est relativement rapide, et en général, on trouve dans le pus des bacilles assez nombreux. L'ulcération qui en résulte a des bords livides et déchiquetés et un fond anfractueux (1).

On voit par cette description combien les ulcérations du scrofuloderme diffèrent de nos ulcères atypiques (voir notre observation III).

« Au point de vue morphologique, le scrofuloderme et l'érythème induré sont représentés l'un et l'autre par un nodule profond occupant le tissu cellulaire sous-cutané qui peut se résoudre en apparence, ou se ramollir, s'ulcérer et se réparer, pour récidiver même au bout de quelques mois. L'érythème induré, dans son ensemble, est plus bénin que le scrofuloderme ; il peut reparaître à l'improviste, comme l'a bien remarqué Thibierge, a pour sièges de prédilection les membres inférieurs, symétriquement des deux côtés, et se présente sous forme de foyers multiples. Le scrofuloderme, au contraire, siège le plus souvent et de préférence au cou et à la face, est plus circonscrit, dur le plus souvent, se résout difficilement sans s'ulcérer.

« Anatomiquement, en me bornant à ce que j'ai constaté dans mes deux cas, il n'y a que des différences de détails : les deux lésions sont constituées par un granulome qui dégénère et aboutit à la nécrose caséeuse et, dans l'une comme dans l'autre, la présence de pyogènes et la suppuration qu'ils provoquent, si elle n'est pas constante, comme le voudrait Leistikow, est certainement assez fréquente. Dans l'érythème induré, il y a prédominance des altérations vasculaires et il peut y avoir des thrombo-artérites et des thrombo-phlébites, tandis que ces altérations manquent, en règle générale, dans le scrofuloderme. Dans le scrofuloderme, les inoculations aux animaux sont plus facilement positives que dans le lupus (Leldir) ; dans l'érythème induré, c'est seulement par exception qu'on a pu tuberculiser le cobaye. Enfin, nous devons noter que le mécanisme de

formation diffère dans les deux formes. Dans le plus grand nombre des scrofulodermes, il s'agit de localisations tuberculeuses sous-cutanées qui se produisent par contiguïté à la suite de foyers occupant les ganglions, les os ou d'autres organes et qui se diffusent par la voie lymphatique. Dans l'érythème, nous avons lieu de croire que la diffusion doit se faire par la voie sanguine : c'est ce que semblent montrer l'apparition rapide, la grande diffusion des manifestations, leur bilatéralité, l'altération des parois vasculaires sous la forme de thrombo-artérites et de thrombo-phlébites ».

« En résumé, en tenant compte des caractères cliniques et anatomo-pathologiques fondamentaux de l'érythème induré, nous nous trouvons en présence d'arguments suffisants pour le considérer comme une variété de scrofuloderme. Les différences qui existent entre les deux affections sont d'ordre secondaire et dûes peut-être à la virulence différente de l'agent pathogène et à la différence des voies qu'il emprunte pour atteindre le tissu sous-cutané, siège commun de leurs lésions. »

Schidachi (66), dans une étude d'ensemble importante par le nombre des cas personnels (17 cas observés à la clinique de Jadassohn) a étudié les différents aspects cliniques et histologiques de cette affection et ses rapports avec la tuberculose.

Sur 17 cas observés, 7 présentaient des ulcérations et dans quelques-uns de ces cas on ne trouvait que des ulcères et pas de nodules; mais l'auteur les rattache à l'érythème induré à cause du siège sur les membres inférieurs avec une symétrie assez marquée. Notons que

dans 3 cas sur 16 une inoculation positive a pu être obtenue, et que ce sont précisément les cas ulcérés qui ont ainsi fourni la preuve de la nature tuberculeuse des lésions. Voici trois observations résumées où l'aspect clinique se rapproche de celui de nos ulcères.

Observation VII.

(Obs. 7 du travail de Schidachi. Résumée).

Mme M... 23 ans.

Antécédents familiaux. — Pas de tuberculose.

Antécédents personnels. — Aucune maladie.

Depuis un an, a observé aux deux jambes des ulcérations dont deux à droite ont guéri, laissant des cicatrices planes, légèrement déprimées, après traitement par des pommades simples et des pansements secs.

Malade robuste, ne présentant aucune affection viscérale, pas d'adénopathie.

A la jambe droite, deux cicatrices planes grandes comme une pièce de 0 fr. 20. A la face interne de la jambe gauche, surface ovale, irrégulière, cicatrisée au centre et sur les bords, rouge et infiltrée par places. Au bord inférieur de cette plaque, zone ovale irrégulière, grande comme une pièce d'un franc, légèrement saillante, violacée, molle, présentant quelques petites érosions d'où s'écoule un liquide séro-purulent. A l'extrémité supérieure, lésion analogue mais non ulcérée.

Guérison par scarification.

Biopsie. — Histologiquement, structure tuberculeuse nette.

Inoculation. — *Positive. Le cobaye meurt en cinq semaines de tuberculose généralisée.*

Observation VIII.

(Obs. 8 de Schidachi. Résumée).

A. K. 28 ans, couturière.

Dans les antécédents personnels on relève seulement une adénopathie cervicale guérie spontanément.

Début de l'affection cutanée il y a quatre mois, par une douleur à la face interne de la jambe droite avec rougeur et léger gonflement qui tendent à augmenter. Deux mois après, apparition à droite du tendon d'Achille d'une petite ulcération et peu après d'une autre à la face externe de la jambe, puis deux autres encore.

Malade peu robuste, toussant l'hiver depuis plusieurs années sans avoir été obligée d'abandonner son travail.

Signes de bacillose non douteux au sommet gauche. Pas d'autres lésions viscérales.

A la face postérieure de la jambe droite, extrémité inférieure du tiers moyen, on trouve une ulcération grande comme une pièce de 0 fr. 20 à bords, assez irrégulièrement arrondis, à fond granuleux. Le pourtour est légèrement infiltré et rouge. A un travers de main au-dessus de cette ulcération s'en trouve une autre grande comme une lentille qui secrète un pus assez fluide. Le pourtour de cette ulcération est sur une assez grande largeur rouge et légèrement infiltré. Une troisième ulcération se trouve à la face interne de la jambe droite.

Inoculation positive.

Traitement par scarification, iodoforme, pyrogallol. La malade sort presque guérie, sauf les lésions pulmonaires qui persistent.

Pas d'examen histologique.

Observation IX.

(Obs. 10 de Schidachi. Résumée).

M. M., jeune fille de 18 ans.

Antécédents familiaux. — Un frère mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'au début de la maladie actuelle il y a quatre ans. A cette époque, la malade a observé des nodules rouges et violacés au niveau de la cuisse.

A l'examen, jeune fille assez robuste.

Au sommet droit, légers signes de bacillose.

A la jambe gauche, face externe, la peau est rouge, violacée, infiltrée. Au centre on trouve une ulcération à bords nets, des dimensions d'une pièce de 1 franc; le fond est jaune, grisâtre avec des granulations. En outre, deux cicatrices grandes comme une pièce de 0 fr. 02 et de 0 fr. 01.

Injection de 1 centimilligramme, puis 1 et 3 milligrammes de tuberculine; pas de réaction.

Injection de 6 milligrammes; réaction générale 38° 4. Pas de réaction locale.

Après excision, l'examen histologique montre une structure tuberculoïde avec cellules géantes épithélioïdes et caséification.

L'inoculation au cobaye donne un résultat positif.

Dans la suite, la malade présenta d'autres nodules et de nouvelles ulcérations. Elle eut en outre au niveau du muscle droit de l'abdomen un abcès, dont le pus put être démontré tuberculeux.

Dans les autres articles récents de Kuznitzky (42), Hirsch, Nobl, de même que dans les quelques pages consacrées à l'érythème induré par Lewandowsky (45) dans sa revue d'ensemble sur la tuberculose cutanée, les

auteurs cherchent à élucider d'une part les relations avec la tuberculose, d'autre part la délimitation du type clinique par rapport aux affections voisines.

Sur le premier point, on peut conclure que, sauf des cas tout à fait exceptionnels où le processus est dû à la syphilis, beaucoup plus rarement à la lèpre ou à une mycose, la nature tuberculeuse des lésions doit être admise. Quelquefois, on peut en donner la preuve, par la démonstration de bacilles dans les coupes ou par l'inoculation. Dans les autres cas, on ne peut fournir que des arguments cliniques et histologiques souvent une réaction positive à la tuberculine, et les résultats négatifs de l'examen et du traitement au point de vue syphilis et mycose.

La deuxième question est plus complexe : Nous avons vu avec Mantegazza dans quelle mesure l'érythème induré se distingue du scrofuloderme. De même Darier et Roussy ont montré sa parenté avec les sarcoïdes sous-cutanés. En réalité, c'est un groupe assez mal défini et la forme ulcéreuse en particulier semble vraiment devoir en être distinguée, non seulement par son aspect clinique, mais aussi par sa virulence plus grande.

Dans une thèse toute récente (novembre 1913), faite dans le service du Docteur Thibierge, où il résume l'état actuel de la question de l'érythème induré, M. Guibert (30) distingue avec soin la forme ulcéreuse et en donne la description suivante :

« Que deviennent les lésions une fois installées? C'est ici le lieu de distinguer dans l'érythème induré deux

formes bien nettes ; l'une décrite par Bazin, forme essentiellement nodulaire, tend à la résorption sinon spontanée, du moins possible à obtenir par un traitement approprié, le seul repos même dans des cas rares, à la vérité, mais réels. Le deuxième processus est celui qui correspond à la forme ulcéreuse de Hutchinson. Ces nodules vont se transformer en ulcérations et leur durée de cicatrisation sera parfois fort longue. Les lésions ne s'ulcèrent pas en masse. On note que l'induration du nodule fait peu à peu place à une fluctuation légère non analogue à la fluctuation nette de la gomme banale tuberculeuse ou syphilitique. En même temps la peau à ce niveau s'amincit de plus en plus ; autour de la tache primitive, il n'est pas rare d'observer comme un halo inflammatoire et bientôt il va s'ouvrir au centre de la nodosité un petit pertuis par lequel s'écoulera une légère quantité de liquide un peu huileux, mélangé à du séro-pus. Fait important, il n'y a jamais de suppuration réelle. Sur ce pertuis, on observera ensuite la formation d'une croûtelle jaunâtre et la cicatrisation se fera attendre parfois plusieurs mois. Pour la forme purement nodulaire, nous pouvons donner une durée moyenne d'évolution de 15 jours à 6 semaines. »

La distinction entre la forme nodulaire et la forme ulcéreuse se retrouve au chapitre « Diagnostic » et dans son essai de classification, l'auteur dit textuellement :

« La question, on le voit, est difficile à trancher ; quant à la place exacte à donner dans la classification dermatologique à l'érythème induré de Bazin, d'autant plus difficile que bien des faits sont là qui tendraient à éta-

blir une distinction entre la forme nodulaire de Bazin et la forme ulcéreuse d'Hutchinson »

On le voit : l'unité du type clinique érythème induré apparaît comme peu solide, et bien des cas voisins de ceux d'Hutchinson sont de véritables ulcères tuberculeux. Le terme d'*érythème induré* correspond à un aspect des lésions — qui souvent n'est qu'un stade de début — et non à une entité nosologique.

La tuberculose verruqueuse (de Riehl et Paltauf) est caractérisée avant tout par le processus de papillomatose qui se superpose à l'infiltration nodulaire tuberculeuse. L'ulcération peut manquer complètement ou faire partie du tableau clinique. Mais, dans certains cas, le processus ulcéreux vient à prédominer. Le caractère végétant est au contraire très discret; il faut un examen attentif à la loupe ou l'étude au microscope d'un fragment biopsié pour le retrouver et reconnaître le type clinique auquel on a affaire. Ces formes anormales de tuberculose verruqueuse fruste se rapprochent par leur aspect clinique de nos ulcères atypiques. Elles se rencontrent tantôt en un des sièges classiques de la tuberculose verruqueuse (dos de la main, région anale), tantôt en d'autres points du corps. Nous en rapportons ici une observation personnelle et deux cas présentés par M. Danlos à la Société de Dermatologie (17-18).

Observation X.

Gaston M.., 35 ans, entre Salle Bichat, le 24 octobre 1912.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien de particulier.

Père bien portant, mère morte d'apoplexie.

Cinq frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. : Bonne santé dans l'enfance et l'adolescence; a fait deux ans de service aux colonies. Au retour du régiment, laryngite et début de l'affection actuelle par une écorchure au voisinage de l'anus. Il y a deux ans, consulte M. Hartmann qui, après exploration, rejette le diagnostic de fistule anale primitivement portée, n'ayant pas trouvé de trajet. Le malade entre alors à l'hôpital Saint-Louis, salle Cazenave où il est soigné par les rayons X (4 séances).

Etat actuel. — *Description des lésions péri-anales.* — Ces lésions comprennent sur chaque fesse une portion ulcérée et une portion non ulcérée.

Fesse droite. — La portion non ulcérée à contours très irréguliers, festonnée, présente des élevures d'un rose jaunâtre, agminées, séparées par du tissu cicatriciel; la cicatrice est peu profonde, les poils sont conservés. A la vitro-pression, on n'a pas la teinte jaunâtre « sucre d'orge » du lupus, mais un aspect moins opaque que le tissu sain. A la palpation au doigt, ces nodules sont peu sensibles. En s'approchant de la surface ulcérée, on trouve une élevure d'un rose plus violacé, mamelonnée, paraissant résulter d'une accumulation de ces éléments disséminés, mesurant 8 millimètres de diamètre.

L'ulcération porte sur une élevure mamelonnée qu'elle détruit partiellement. Elle se compose donc d'une portion conservée qui forme un bourrelet et d'une portion entamée.

Portion en bourrelet : d'un rose vif, à peine violacé, couverte de mamelons épidermisés, des dimensions d'un grain de millet. Des sillons la divisent en lobes et lobules peu réguliers; à la partie antérieure, élevures lisses en talus montant en pente douce jusqu'au bord de l'ulcère lui-même. L'ulcération mesure 7 millimètres sur 10, a des contours très irréguliers, étoilés. Les bords partiellement à pic sont rendus irréguliers par la présence d'élevures encore épidermisées. Lorsqu'ils sont à pic, non décollés, la dépression mesure

2 millimètres. Du côté de l'anus, le bord de l'ulcération limite une dépression de 3mm 5 fissuraire. Le fond de l'ulcère est un peu ondulé dans son ensemble, grisâtre, marbré de rose; la sécrétion est peu abondante, la pression ne fait sourdre aucune gouttelette de pus.

Toute cette néoplasie est de consistance ferme, cicatricielle, légèrement douloureuse à la pression, indolore spontanément. L'ensemble occupe à peu près la surface d'une pièce de 5 francs.

Fesse gauche. — Sur les bords, mêmes élevures d'un rose jaunâtre, entourant la lésion comme une circination, puis zone cicatricielle lisse, dépilée, de teinte rose mauve.

Elevure ulcérée moins saillante qu'à droite, avec bords à pic en dedans desquels se voient encore des élevures des dimensions d'un grain de millet.

Le fond de l'ulcère est gris, avec un réseau rose.

Pas de secrétion, pas de pus à la pression.

Pas de douleur à la pression.

En somme, Il s'agit de placards ressemblant à de la tuberculose verruqueuse ulcérée, mais remarquable par :

1° Absence de toute hyperkératose ;

2° Absence de pustulettes visibles à la pression ;

3° En ce qu'ils sont entourés d'élevures papuleuses rouges, ressemblant un peu à du lichen scrofulosorum.

Les ganglions inguinaux sont un peu augmentés de volume, mais pas particulièrement le groupe externe.

Examen des différents appareils. — *Laryngite* datant de 4 à 5 ans.

A l'examen laryngoscopique : ulcération bacillaire sur le bord gauche de l'épiglotte et sur la corde vocale droite.

Aux poumons, pas de signes nets de tuberculose.

Le malade ne tousse pas et ne crache pas. Il aurait eu des hémoptysies il y a quelques années.

Examen des autres appareils. — Ne montre rien d'anormal; en particulier pas de lésions orchi-épidydymaires appréciables.

Pas d'adénopathie cervicale ou axillaire.

Pas de fièvre.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

On décide de traiter le malade par : grattage, suivi de radiothérapie.

30 octobre. — Grattage à la curette par M. Darier après anesthésie au chlorure d'étyle. Un fragment est conservé dans l'alcool pour examen histologique, un autre fragment est prélevé pour inoculation.

4 novembre. — Le placard infiltré enlevé à la curette est remplacé en partie par un tissu de cicatrices, le centre est occupé par une plaie des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, les bords en sont en pente douce, dans la moitié inférieure, à pic dans la partie supérieure ; le fond est assez régulier, de coloration rosée.

A droite, l'ulcération centrale présente une partie externe superficielle, une partie interne plus profonde avec des bords décollés. Le tissu qui l'entoure est infiltré de couleur violacée. Le fond de l'ulcération est assez régulier,

Il n'y a pas de douleur spontanée et très peu à la pression.

7 novembre. — *Fesse gauche* : L'ulcération mesure 10 millimètres sur 12, s'épidermise surtout à la partie inférieure.

A droite, la lésion dans son ensemble mesure 20 millimètres sur 30, présentant une portion ulcérée qui occupe le tiers supérieur et une portion inférieure non ulcérée de coloration violacée.

Le malade est soumis au traitement radiothérapique.

4 novembre. — Séance de 5 H.

20 novembre. — Séance de 3 H.

4 décembre. — Séance de 8 H.

23 décembre. — Séance de 5 H.

On traite en même temps sa laryngite par des fumigations.

31 décembre. — Le malade quitte l'hôpital en bon état général et local. Il doit revenir pour surveillance, mais il ne revient pas.

Examen histologique d'un fragment de la lésion. — L'épiderme présente un épaississement marqué avec prolifération des différentes couches. On note en particulier un épaississement des bourgeons interpapillaires.

En un point on trouve l'épiderme aminci, avec tendance à l'ulcération.

Derme : épaississement avec infiltration très marquée par des éléments divers : cellules plasmatiques, polynucléaires et lymphocytes. On trouve en outre des tubercules élémentaires, follicules tuberculeux, présentant en leur centre des cellules géantes.

En certains points, on note une tendance à la sclérose.

Examen bactériologique. — On a pu trouver sur des coupes colorées par le Ziehl quelques rares bacilles.

Inoculation. — Le 30 octobre 1912, nous inoculons à un cobaye, sous la peau du flanc gauche, près d'un gramme de tissu prélevé par le grattage de la lésion.

Le cobaye meurt le 14 janvier. A l'autopsie on trouve : très gros foie avec tubercules et lésions caséeuses.

Rate grosse; gros ganglions rétros-ternaux caséeux.

Observation XI.

Ulcères tuberculeux du pied; tuberculisation pulmonaire consécutive (par M. Danlos).

D..., âgé de 43 ans, journalier, entré le 3 mars 1899.

Antécédents personnels. — Adénite cervicale suppurée, à droite, pendant un an, à l'âge de 10 ans.

Maladie actuelle. — Il entre à l'hôpital pour une ulcération siégeant au niveau du pied gauche.

Le début de son mal remonte à deux ans.

Il tousse beaucoup, présente tous les symptômes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire : amaigrissement, pertes des forces, etc., et l'on trouve d'ailleurs, à l'auscultation des

sommets, des signes très nets, surtout à droite où il y a une petite caverne.

Mais, le malade est très affirmatif sur ce point : tous ces symptômes, qui sont surtout marqués depuis trois mois, sont survenus près d'un an après le début de son ulcération du pied.

Actuellement, il présente, à la partie interne de la région du cou-de-pied une plaque végétante, formée en grande partie d'épiderme épaissi et corné revêtant des végétations vasculaires piliformes, avec l'aspect typique de la tuberculose verruqueuse.

Au-dessous de cette plaque, se trouvent trois ulcérations, du volume d'une pièce de 1 franc, irrégulières, à bords déchiquetés mais non amincis et dont le fond présente de grosses végétations vasculaires dont le sommet est blanchâtre et épidermisé.

Enfin, à la région plantaire, on trouve une vaste ulcération coiffant tout le talon, surmontée, dans toute son étendue, d'un réseau très serré de végétations énormes, les unes arrondies, claviformes; les autres très allongées, coniques. Sur toutes ces végétations, le sommet est recouvert d'épithélium épais, ayant l'aspect blanchâtre de l'épiderme macéré. En les écartant, on voit qu'elles sont séparées les unes des autres par des sillons profonds, où se trouve du pus séreux. L'examen de ce pus a montré un bacille de Koch. Les bords sont anfractueux et irréguliers, mais toujours sans décollement.

A la région inguinale gauche, on sent un ganglion dur et très volumineux.

A la partie interne du genou et à la partie moyenne de la cuisse, on voit deux plaques cicatricielles un peu violacées, au niveau desquelles la peau est épaissie. Le début de ces deux plaques remonte à la même époque que celui des ulcérations du pied. Les trois lésions débutèrent par de petites grosseurs situées dans l'épaisseur de la peau (tuberculose verruqueuse ?). Ces petites tumeurs, après avoir augmenté

pendant quelque temps, s'ulcérèrent; mais, tandis que les deux supérieurs, après avoir suppuré pendant trois ou quatre mois, se fermèrent sous la simple influence du pansement au diachylon, celle du pied, probablement sous l'influence de l'irritation causée par la marche, continua à évoluer.

Enfin, dans le cordon spermatique du côté gauche on trouve, le long du canal déférent, de petites nodosités en chapelet, sans lésion testiculaire.

Il s'agit, en résumé, d'une vaste lésion tuberculeuse primitive du pied. Cette lésion, bien distincte par son aspect du lupus, se rapproche beaucoup des ulcérations péri-anales des tuberculeux. Elle a vraisemblablement débuté par une plaque de tuberculose verruqueuse primitive (type Riehl-Paltauf); car, sur un point du cou-de-pied, où l'ulcération n'existe pas encore, se trouve un placard caractéristique de cette forme tuberculeuse. Du pied, la tuberculose paraît avoir gagné, comme dans certains cas de tuberculose anatomique, les organes internes. La présence de placards cicatriciels du genou et de la cuisse, plaide en faveur de cette hypothèse. Les premiers signes de tuberculose pulmonaire (toux, expectoration, etc.) n'étant apparus qu'un an plus tard, on pourrait objecter que la tuberculose pulmonaire a pu dériver d'une autre source, peut-être d'un réveil de la scrofulo-tuberculose, que le malade avait présentée sur le cou à l'âge de 10 ans; mais cette supposition, le foyer cervival étant éteint depuis longtemps, nous paraît moins rationnelle. A noter aussi la cicatrisation spontanée des foyers tuberculeux de la jambe et de la cuisse, cicatrisation qui doit être rattachée à l'absence d'irritation; tandis qu'au pied, la lésion tuberculeuse trouvait dans l'irritation déterminée par un soulier malpropre une cause active d'entretien et d'extension. Le malade qui n'achetait guère, paraît-il, que des chaussures d'occasion, aurait-il été contaminé de cette manière? La question se pose, mais n'est guère susceptible de solution.

Observation XII.

Deux vastes ulcérations tuberculeuses datant de 11 années.
(Par MM. Danlos et Lévy-Frankel.)

Malade âgé de 20 ans, offrant, sur la fesse gauche, une ulcération de la grandeur de deux mains, de forme arrondie, à bords nets, se continuant presque sans transition avec la peau saine. Le centre semble en voie de guérison relative, car la peau y présente une surface cicatricielle sous laquelle il existe encore probablement du tissu malade.

Les bords, dans toute la partie de la plaque ulcérée adjacente à la région fessière, sont formés par des masses papillomateuses et végétantes, mêlées à des ulcérations irrégulières. L'aspect papillomateux prédomine sur l'aspect ulcéreux.

Le sillon interfessier est indemne. La pression sur la région ne fait pas sourdre de vermiotes; à la palpation on sent une induration superficielle. L'ulcération, dans son ensemble, n'est pas douloureuse; la sensibilité à la piqûre y est conservée.

A la partie antérieure de l'ulcération, au niveau du bord externe de l'extrémité supérieure du fémur, on note une cicatrice déprimée, non adhérente aux tissus sous-jacents, mais qui, cependant, de par son aspect, semble avoir une origine osseuse. Le malade, d'ailleurs, se souvient avoir eu en cet endroit une poche fluctuante, dont l'incision donna issue à un liquide sanguinolent.

A un travers de doigt en arrière du grand trochanter existe une autre cicatrice déprimée, sans adhérence à l'os.

Une seconde lésion de même nature siège au membre supérieur droit. Le coude est fixé sans ankylose à angle droit. Les mouvements de flexion et d'extension sont très limités. Sur les faces postérieure et latérale de l'articulation du coude, existe une vaste surface ulcérée descendant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous de l'olécrâne, et remontant jusqu'à six travers

de doigt au-dessus de l'épicondyle. A la partie centrale de l'ulcération, les téguments ont un aspect cicatriciel et sont rétractés et infiltrés. Les ulcérations des bords sont peu profondes et indolores. On ne peut, en aucun point, trouver la trace d'un trajet osseux. La tête radiale a conservé ses mouvements de rotation; cependant l'articulation huméro-cubitale est atteinte, étant donnée la limitation des mouvements d'extension et de flexion que l'ulcération n'explique point.

L'appareil respiratoire est peut-être atteint. Au sommet gauche, on note une légère submatité en avant et en arrière, de l'augmentation des vibrations et une prolongation de l'expiration,

Aucun stigmate d'hérédo-syphilis; cependant les testicules sont mal développés. Santé générale bonne.

Les lésions actuellement en évolution ont commencé en 1891. Le malade avait 9 ans lorsqu'apparut l'ulcération fessière. Un an après, apparut l'ulcération du coude. Depuis, ces deux ulcérations ont évolué lentement et parallèlement, sans aggravation brusque, avec des alternatives d'atténuation et d'exacerbation. Les antécédents héréditaires du malade ne fournissent que peu de renseignements; il est fils unique d'un père alcooliqne.

Ces lésions ne sont remarquables que par leur immense étendue; leur aspect papillomateux caractéristique ne laisse aucun doute sur leur nature. Une biopsie faite par M. Gastou, a d'ailleurs confirmé le diagnostic. Peut-être ont-elles eu pour point de départ des fistules osseuses actuellement guéries; mais cela ne peut être affirmé avec certitude.

L'observation suivante publiée par Pautrier et Fage (57) nous montre l'apparition tardive d'un processus papillomateux venant éclairer le diagnostic d'ulcérations déjà anciennes dont la nature tuberculeuse n'avait pu être reconnue.

Observation XIII.

Lupus de la cuisse ulcéreux et végétant à marche serpigineuse ayant persisté pendant deux ans à l'état d'ulcérations pures.

Mme G., 46 ans, ménagère, entre le 15 janvier 1907 à l'Hôpital Saint-Louis dans le service de M. Brocq. Son père est mort à 47 ans de tuberculose pulmonaire très vraisemblablement. Sa mère est morte à 78 ans d'une affection indéterminée. Elle a perdu une sœur de tuberculose à l'âge de 22 ans. Elle a deux frères vivants en bonne santé.

Elle n'a jamais fait aucune maladie; son unique grossesse se place onze ans après son mariage; l'enfant, venu à terme, est vivant, bien portant.

La lésion cutanée a débuté il y a deux ans et demi, sur la face antérieure de la cuisse, au-dessus du genou, par un élément boutonneux, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, sans prurit ni douleurs qui s'ulcéra peu après son apparition. L'ulcération, superficielle et toute en surface, d'abord régulièrement arrondie et correspondant à l'élément initial gagna en surface, lentement, mais progressivement, s'étala, et au bout d'un an avait les dimensions d'une pièce de 5 francs. A ce moment encore elle était assez nettement arrondie et toujours peu profonde ; ses bords se continuaient avec le fond de l'ulcération qui était rouge foncé et formé de bourgeons tassés, granuleux, peu exubérants.

Quelques mois après le début de l'affection, se développa un phlegmon de la jambe, qui fut incisé et guérit assez rapidement, sans influer sur l'évolution de l'ulcération de la cuisse. Celle-ci avait encore, il y a un an, son caractère d'ulcération superficielle ; ses dimensions dépassaient celles d'une pièce de 5 francs. La malade s'était jusqu'alors contentée de pansements humides. En mai 1906, elle fit un premier séjour très court, à l'hôpital Saint-Louis, où on fit des panse-

ments humides à l'eau alunée; elle sortit peu après, sur sa demande.

Au mois de novembre 1906, l'ulcération gagna assez rapidement les tissus environnants et s'étendit serpigineusement. En même temps, deux nouvelles lésions ulcéreuses, semblables à la première, apparurent à son voisinage; vers la même époque se produisirent, autour de ces ulcérations, deux poussées lymphangitiques d'ailleurs vite guéries.

Le 15 janvier 1907, les lésions persistant toujours, la malade entre à l'hôpital. On note, au niveau du genou droit, quatre ulcérations, séparées par du tissu sain. La première siège à un travers de doigt au-dessus de la base de la rotule; deux sont latérales : l'une sur le côté externe, au niveau du condyle fémoral, l'autre à l'union du tiers interne et de la face postérieure de la cuisse. Enfin, entre la lésion médiane et la lésion interne, existe une petite ulcération erratique. Les ulcérations médiane et latérale externe sont étendues, étalées; les autres sont arrondies, de la dimension d'une pièce de 2 francs environ.

L'ulcération médiane a la forme d'une feuille de trèfle; ses bords, assez irréguliers, sont peu surélevés sans induration profonde. Le fond, rouge foncé, saigne un peu par places, au plus léger traumatisme; il est légèrement granuleux; il se confond insensiblement avec les bords; sa surface est régulière et ne présente pas de dépressions. A la périphérie, près des bords, on trouve quelques débris d'une croûte assez épaisse, jaune clair, jaune brunâtre et même rouge foncé suivant les points; çà et là on voit sourdre, sous cette croûte, une sérosité jaune clair; si on essaie de la détacher, même avec de grandes précautions, on met à nu une surface saignotante.

Les autres lésions rappellent assez exactement les caractères de l'ulcération centrale. Elles n'en diffèrent que par leur moindre étendue et la régularité de leur contour.

Toutes ces ulcérations ne paraissent avoir que fort peu de

tendance à la cicatrisation. On ne trouve pas d'infiltration profonde à leur niveau ; mais une sensation légèrement pâteuse, comme de carton mouillé. Leur indolence est absolue. Il n'existe aucune auréole inflammatoire à leur pourtour.

On pense soit à une lésion de spécificité tertiaire, soit à des ulcérations banales infectées, mais il n'y a aucun antécédent, pouvant faire penser à la syphilis, aucune cicatrice douteuse, aucun stigmate, les bords des plaies ne sont guère indurés, la base peu infiltrée. Le traitement d'épreuve (injections quotidiennes de bi-iodure de mercure et iodure de potassium), ne donne aucun résultat appréciable. Au contraire, le pansement simple des plaies institué ensuite . lavage à l'eau bouillie, poudre d'aristol, semble avoir une heureuse influence sur la cicatrisation.

Quelques jours plus tard, brusquement, sans cause appréciable, apparaît au pourtour des ulcérations une poussée de lymphangite à extension assez rapide, avec élévation marquée de la température, qui dure environ 8 jours. A sa suite, les ulcérations se comblent rapidement et se recouvrent par endroits d'un tissu rougeâtre, légèrement surélevé, formant au niveau des bords un bourrelet violacé.

Le 25 février, l'état général de la malade est redevenu excellent. Les ulcérations ont disparu et sont remplacées par un tissu tomenteux, mamelonné, végétant, papillomateux. Disséminés sur cette surface végétante, on trouve des petits points ulcérés, recouverts de croûtelles peu adhérentes.

On pense alors à du lupus scléreux, papillomateux et on pratique une biopsie. L'examen histologique ayant démontré la nature tuberculeuse des lésions, on pratique un râclage profond suivi de pansements iodoformés. La cicatrisation ne tarde pas à débuter; elle se fait régulièrement, et, un mois après, la malade quitte l'hôpital, paraissant entièrement guérie.

Examen histologique. — La biopsie a porté sur le rebord du tissu végétant et papillomateux qui a comblé les ulcérations

préexistantes. Dans la portion de tissus excisée, on notait la présence d'une de ces minuscules ulcérations recouvertes de croûtelles, qui viennent d'être signalées.

L'examen d'ensemble des préparations montre des lésions épidermiques et dermiques, celles-ci rentrant dans le cadre du tissu lupique franc. Résumons brièvement le résultat de cet examen, nous bornant à signaler les points intéressants.

Du côté de l'épiderme, la lésion prédominante est une hyperacanthose très prononcée. Le corps muqueux envoie de très longs prolongements qui s'enfoncent très profondément dans le derme, entrant au plein de l'infiltration dense qui remplit celui-ci. Ces bourgeons malpighiens tantôt grêlés et fort minces, tantôt épais, irréguliers et végétants, s'anastomosent fréquemment entre eux; les plus épais présentent, à leur centre, une ébauche de globe corné. La granuleuse semble faire complètement défaut. La couche cornée, déhiscente par places, et assez mince, n'adhère au corps muqueux que sur certains points où s'est formée soit une vésicule, soit une croûtelle.

La formation vésiculaire est particulièrement nette sur un point; la cavité, assez grande, a comme plancher et comme parois latérales les couches les plus superficielles du corps muqueux, et comme toit la couche cornée. Elle est à peu près vide par places, ne contenant que quelques noyaux altérés de polynucléaires, mais dans son ensemble elle est remplie par de la sérosité laquée, colorée en masse, et englobant de nombreux polynucléaires, des débris de noyaux et quelques globules rouges. Le toit est formé, avons-nous dit, par la couche cornée; celle-ci est épaissie, formée par plusieurs strates qui paraissent imbibées de sérosité, feuilletées, et dans l'intervalle desquelles on trouve quelques polynucléaires altérés et quelques débris de noyaux.

Sur un autre point, on trouve, au-dessus du corps muqueux, une croûtelle adhérente, assez longue, formée par une couche cornée extrêmement épaissie, creusée de plusieurs cavités

minuscules pleines de blocs séreux et de globules blancs et infiltrée sur toute son étendue et toute son épaisseur de nombreux polynucléaires.

Les lésions dermiques sont celles du tissu lupique le plus franc et d'un tissu lupique que nous qualifierons volontiers de riche et de succulent : infiltrat très abondant, disposé en gros nodules, en nappes, en traînées, épaisses, très riche en belles cellules géantes; existence de véritables follicules presque complets formés par l'agglomération de multiples cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et de cellules conjonctives fixes. Certains de ces foyers tuberculeux sont en quelque sorte pénétrés par la pointe grêle d'un long bourgeon malpighien hyperacanthosique, et des cellules géantes peuvent ainsi arriver presque au contact des travées épidermiques,

Le tissu conjonctif n'est sclérosé nulle part; il a même presque complètement disparu par places, au sein des points d'infiltration les plus denses.

La recherche des bacilles, qui n'a été faite que sur cinq lames, a été négative.

L'inoculation au cobaye d'un fragment des lésions provenant de curettage donna un résultat positif : tuberculose d'une tumeur développée au point d'inoculation, tuberculose de la rate, tuberculose pulmonaire discrète, le tout vérifié histologiquement).

Comment interpréter de tels faits? Il semble qu'on doive repousser tout à fait l'hypothèse d'une inoculation tuberculeuse accidentelle sur des lésions banales préexistantes. Ces lésions ulcératives étaient fort vraisemblablement de nature tuberculeuse d'emblée. Elles ne présentaient, d'autre part, en rien les caractères de la tuberculose ulcéreuse ordinaire.

Les symptômes majeurs de la lésion avaient longtemps manqué soit par suite d'une infection surajoutée, soit par un développement excessif des minuscules abcès miliaires épidermiques qui compliquent presque toujours la tuberculose

ulcéreuse de Riehl et Paltauf et qui avaient pu déterminer une ulcération en surface.

Il nous a semblé que l'on n'avait pas encore ou pas suffisamment attiré l'attention sur ces formes de lupus papillomateux des membres pouvant persister longtemps à l'état d'ulcérations pures et où la papillomatose n'apparaît qu'au moment de la cicatrisation.

Ce dernier cas nous apparaît comme une forme de passage reliant nos *ulcères atypiques* à la tuberculose verruqueuse, tandis que les premières observations de ce chapitre montraient leur parenté avec l'érythème induré. Ainsi se précise, la place qu'occupe ce type clinique dans le cadre de la tuberculose cutanée.

CHAPITRE IV

LES ULCÈRES SYPHILITIQUES ATYPIQUES LES ULCÉRATIONS SPOROTRICHOSIQUES

Les différentes variétés d'ulcérations tuberculeuses que nous avons étudiées dans le chapitre précédent peuvent, nous l'avons vu, être distinguées de nos ulcères atypiques du chapitre Ier par certains caractères cliniques et histologiques, mais ce sont là des nuances. Il s'agit en réalité d'aspects un peu différents d'une même affection, de formes voisines de la tuberculose cutanée ulcéreuse, reliées d'ailleurs entre elles par des faits de passage. La confusion n'aurait donc pas grande gravité. Il en est tout autrement d'une catégorie d'ulcères atypiques qui se présentent assez souvent en clinique avec un aspect objectif très voisin, hautement tuberculoïde, mais qui résultent non pas de l'infection par le bacille de Koch mais de l'action d'autres agents pathogènes. Le diagnostic étiologique est donc important à établir puisqu'il en résulte suivant les cas, des indications thérapeutiques toutes différentes. Nous allons envisager ici les prin-

cipaux éléments de ce diagnostic. Nous insisterons surtout sur les ulcères syphilitiques tertiaires ou hérédo-syphilitiques qui, dans la très grande majorité des cas, sont en cause.

La clinique nous fournit un certain nombre de caractères diagnostiques résultant les uns de l'aspect objectif de la lésion, les autres de son évolution. Ils ont été bien mis en évidence par le professeur Fournier (24).

« Les ulcères syphilitiques typiques, qu'il s'agisse de syphilis tertiaire ou d'hérédo-syphilis tardive, ont des contours réguliers, arrondis ou polycycliques; les bords sont nettement découpés, taillés à pic, offrant une certaine hauteur. Leur couleur est d'un rouge brunâtre qui s'étend comme une aréole tout autour de l'ulcère. Ces bords et la base même de l'ulcération sont nettement indurés; le fond est creux, irrégulier, bourbillonneux ou crêmeux ».

Mais assez souvent l'aspect objectif est beaucoup moins net, et c'est là ce qui constitue la forme atypique, tuberculoïde des ulcères syphilitiques. Dans ces cas, les contours sont moins nettement réguliers, les bords pas toujours à pic et l'infiltration peu marquée. Edmond Fournier (25) a insisté sur la fréquence de pareils ulcères dans l'hérédo-syphilis tardive : « De fait, il arrive souvent que l'ulcère gommeux perde ses caractères distinctifs, son aspect bourbillonneux, son aréole sombre, son entaillure nette des bords, ses croûtes parfois si spéciales, son objectivité, en un mot qu'il vire avec le temps et de par le temps à l'aspect d'une plaie quelconque, d'une plaie indifférente comme physionomie.

Souvent aussi elle vire à la scrofule en prenant telle ou telle des modalités suivantes : modalité écrouelleuse que favorise surtout la localisation des lésions sur certains points particulièrement chers à la scrofule, tels que régions sous-maxillaires, hyoïdienne, cervicale, mastoïdienne.

« Modalité lupique, constituée par le véritable ulcère scrofuleux, rouge et atone; à configuration indifférente; à bords plats, mous, non infiltrés, flasques, souvent même décollés et flottants; à fond non excavé, parfois exhaussé, granuleux, bourgeonnant, végétant; à croûtes molles et de teintes relativement claires. »

Les signes tirés de l'aspect objectif des lésions sont donc à la fois, suivant l'expression du Professeur Fournier, « excellents et insuffisants », — excellents parce qu'ils résultent de l'examen clinique direct, et insuffisants parce qu'ils peuvent être modifiés, manquer et par suite induire en erreur si on ne les contrôle pas par la recherche d'autres éléments de diagnostic.

Les caractères tirés de l'évolution des lésions ne doivent pas être négligés; la marche de la lésion en cas de syphilis est bien plus rapide que dans le cas de la tuberculose. Il faut des années à cette dernière maladie pour réaliser ce que la première fait en quelques mois.

L'examen du malade permettra de retrouver soit les stigmates de l'hérédo-syphilis, ou des signes de syphilis tertiaire (cicatrices, troubles pupillaires, leucoplasie), soit des lésions tuberculeuses cutanées ou viscérales.

Malgré tout, le diagnostic clinique reste souvent difficile, ou même impossible; on doit demander au

laboratoire d'autres éléments qui peuvent être très précieux, et même décisifs dans certains cas.

Dans un article paru en 1906, Viktor Mucha (52) étudie les difficultés et les éléments du diagnostic dans les formes ulcéreuses de la tuberculose et de la syphilis. Il rapporte d'abord six cas personnels dont les trois premiers nous paraissent intéressants à relater ici :

L'observation I est un exemple d'ulcère syphilitique tuberculoïde :

Observation XIV.

Aloïsa W. 25 ans. Soignée en 1904 pour angine ulcéreuse. Entre à la clinique le 24 août 1905. Présente au pharynx et au voile du palais des surfaces ulcérées finement granuleuses, à bords irréguliers et peu creux. Au voisinage, on trouve de petits nodules miliaires d'aspect tuberculoïde. L'épiglotte est infiltrée ; sur les bords on trouve des ulcères mal délimités, assez profonds.

Au bord externe de l'avant-bras droit, et à la face antérieure de la cuisse gauche se trouvent des ulcères des dimensions de 2 couronnes à celles de la paume de la main. La forme en est arrondie et irrégulière. Les bords de certains de ces ulcères sont nets, à pic et assez infiltrés. D'autres, au contraire, surtout les plus étendus, sont dentelés, irréguliers et peu infiltrés. Ces ulcères sont entourés d'une zone d'un brun rougeâtre et couverts de croûtes épaisses sous lesquelles on trouve un fond d'un jaune sale qui saigne facilement. On trouve des lésions analogues, mais plus petites, au niveau des plis naso-labiaux, surtout à gauche et au niveau de l'insertion du lobule de l'oreille gauche. On trouve en outre sur le dos et sur l'avant-bras droit des cicatrices rondes, un peu déprimées, des dimensions de 1 couronne.

On fait une première injection de tuberculine, 1 milligramme; deux jours après 1 milligramme et, quelques jours après 3 milligr. 5; on n'observe aucune réaction générale ni locale. La recherches du bacille de Koch et du tréponème sont également négatives.

En novembre 1905, la malade se trouve guérie complètement de ses lésions cutanées et muqueuses à la suite d'une série de 10 injections de salicylate de mercure.

Histologiquement, l'examen d'un fragment prélevé par biopsie montre un tissu de granulations avec de nombreuses cellules géantes, mais sans follicules bien nets. La disposition de l'infiltrat est plutôt périvasculaire, sans qu'il y ait de lésion des vaisseaux eux-mêmes. La recherche sur de nombreuses coupes de bacilles et de tréponèmes est négative.

Il n'a pas été fait d'inoculation.

Le diagnostic de syphilis se trouve donc très vraisemblable, surtout après l'effet du traitement. Il est confirmé trois mois après par le retour de la malade qui porte au niveau de la cloison nasale une gomme syphilitique non douteuse qui guérit par le traitement mixte.

Observation XV.

Femme de 48 ans, sans antécédents bacillaires ni syphilitiques.

Présente, disséminées sur le corps, des lésions nodulaires d'aspect lupoïde et des ulcères superficiels, des dimensions de 1 couronne à la paume de la main, résultant de la confluence et de la fonte de ces nodules. Les bords sont bleuâtres, infiltrés, les contours polycycliques, assez bien découpés. Ces ulcères sont recouverts de croûtes d'un brun rougeâtre sous lesquelles on trouve un fond granuleux.

Le diagnostic clinique est : lupus vulgaris universalis.

Une première injection de 0 gr. 0001 de tuberculine

bovine produit une réaction très nette des lésions. Cette réaction se renouvelle après une deuxième injection de 0 gr. 0001. Une injection de 1 milligramme produit une forte réaction générale et une amélioration nette des lésions de la face. Mais au cours même du traitement par la tuberculine, on constate une poussée de nouveaux éléments d'aspect plus syphiloïde qui furent guéris par le traitement spécifique.

Histologiquement, on trouve un infiltrat avec des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, mais sans formations nettement folliculaires et avec une disposition assez nettement périvasculaire.

La recherche des bacilles sur les coupes fut négative.

L'auteur conclut à une association possible de tuberculose et de syphilis.

Observation XVI.

Katharina G., 68 ans. Bacillose pulmonaire au premier stade, périostite du tibia gauche, de l'os frontal droit et de la dixième côte gauche, paraissant syphilitique. Infiltration gommeuse circonscrite à la cuisse gauche.

Aux deux bras, lésions ulcéreuses avec apparence de scrofuloderme.

Tuberculine (1 milligramme) : très forte réaction générale, pas trace de réaction locale.

L'inoculation du pus d'un abcès costal et des lésions du bras tuberculise le cobaye.

Examen histologique : Fragment de la lésion ulcéreuse du bras : tubercules typiques avec de nombreuses cellules géantes. Pas de bacilles.

Lésion de la dixième côte : même structure, très rares bacilles.

Amélioration nette, mais lente par le traitement mixte.

Donc, tuberculose certaine, syphilis très probable.

L'auteur termine cette étude en examinant, d'après ses cas personnels la valeur diagnostique des diverses recherches de laboratoire. En dehors de la mise en évidence par examen direct ou par inoculation de l'agent pathogène (difficile et qui échoue souvent), le diagnostic peut être éclairé par l'étude histologique des lésions; la structure franchement tuberculoïde ne se rencontre pas dans la syphilis, et c'est l'infiltration péri-vasculaire qui y prédomine avec lésions des artères. La réaction des foyers à la tuberculine a une valeur diagnostique certaine mais non absolue. Enfin la guérison rapide et complète sous l'influence du traitement mercuriel prouve la nature syphilitique des lésions.

Depuis lors, des recherches nombreuses ont précisé la valeur diagnostique de ces procédés d'examen et nous en ont apporté de nouveaux. Résumons ici ce que l'on peut, à l'heure actuelle, attendre de chacun d'eux :

1° *Recherche de l'agent pathogène.* — C'est évidemment le procédé qui, en cas de résultat positif, donne la certitude. Il n'est guère applicable jusqu'à présent au diagnostic des lésions syphilitiques tertiaires ou hérédo-syphilitiques tardives, puisque l'on n'a pu encore mettre en évidence les tréponèmes qui y sont peut-être contenus ni par la recherche directe ni par l'inoculation à l'animal (ou tout à fait exceptionnellement). Au contraire, l'application au diagnostic de tuberculose a été faite très souvent et, malgré ses difficultés, peut rendre de grands services.

La recherche directe du bacille se fait habituellement sur des coupes d'un fragment prélevé par biopsie après

coloration par la méthode de Ziehl. De nouvelles méthodes de coloration (procédé de Much) ont été proposées, et si certains auteurs ont obtenu par leur emploi d'excellents résultats [Arndt (3) et Hidaka (34)], d'autres auteurs lui reprochent des causes d'erreurs fort graves. La question est encore à l'étude. Les procédés de recherche du bacille après digestion artificielle des tissus par l'antiformine sont également l'objet de réserves extrêmement sérieuses. Les méthodes de recherche directe du bacille se montrent souvent en défaut, même dans les lésions dont l'inoculation prouve la nature tuberculeuse. Dans nos cas personnels, nous n'avons pu, malgré un examen attentif, voir de bacilles sur les coupes, et pourtant l'inoculation s'est montrée nettement positive.

L'inoculation au cobaye a, quand elle est positive, une très grande valeur et prouve la présence dans le fragment inoculé de bacilles virulents, la tuberculose spontanée du cobaye pouvant être considérée comme inexistante dans le cas d'animaux bien isolés et bien surveillés. L'inoculation sous-cutanée est préférable à l'inoculation intra-péritonéale.

Un résultat négatif a naturellement une valeur beaucoup moindre et ne prouve pas que la lésion ne soit pas tuberculeuse.

La culture du bacille n'est pas une méthode pratique quand il s'agit de lésions ulcéreuses à cause des infections secondaires qui sont constantes.

2° *Examen histologique.* — Pour avoir voulu trop demander à l'examen histologique, et surtout pour en

avoir schématisé dans une formule grossière et inexacte les résultats, on a pu par réaction croire à la faillite de ce procédé d'examen. C'est qu'en effet, la formule : follicule tuberculoïde = tuberculose, absence de follicule = absence de tuberculose ne répond pas du tout à la réalité et les faits lui donnent un double démenti. On sait en effet aujourd'hui que le processus anatomique qui, dans le cas de tuberculose, est lié à l'action des poisons locaux du bacille, peut être réalisé par la réaction à d'autres agents infectieux (lèpre et surtout syphilis et mycoses, en particulier sporotrichose). Ce sont en particulier les recherches de M. Nicolas (53) qui ont bien mis en évidence la fréquence de cette structure tuberculoïde des lésions syphilitiques tertiaires. Inversement, des travaux récents parmi lesquels il faut citer ceux de Gougerot (27) ont montré l'existence et la fréquence de lésions incontestablement tuberculeuses (bacilles sur les coupes ou inoculation positive), sans aucune production folliculaire. C'est la tuberculose « atypique » de cet auteur qui peut se rencontrer au niveau de la peau, aussi bien qu'au niveau des viscères, (reins, cœur, système nerveux). Les conditions qui déterminent ce mode de réaction particulier des tissus ne sont pas encore bien élucidées et nous ne savons pas pourquoi il y a tantôt lésions folliculaires, et tantôt lésions non folliculaires. On a invoqué la résistance générale du terrain et la résistance locale du tissu ou de l'organe, de même que la voie d'abord du bacille. Gougerot attribue un rôle plus important au mode de dissémination des bacilles dans les tissus : les lésions non

folliculaires surviendraient dans deux ordres de cas, soit lorsque les bacilles très virulents sont déposés en gros amas, envahissant un tissu de façon en quelque sorte massive ; soit lorsqu'ils y sont isolés, répartis et disposés à l'état d'unité pour ainsi dire. D'ailleurs, comme le reconnaît Gougerot, « entre les deux variétés folliculaire et atypique de lésions tuberculeuses, il n'y a pas de différence essentielle ; ce ne sont que les aspects réactionnels différents répondant à des actions toxiques inégales ; reliées par tous les intermédiaires, elles représentent les diverses modalités de l'inflammation tuberculeuse des tissus ».

En réalité, si la présence de follicules même des plus typiques ne peut être considérée comme ayant une valeur diagnostique absolue, il n'en est pas moins vrai que les lésions syphilitiques n'en présentent pas habituellement. D'ailleurs la question se pose autrement : en dehors de la présence ou de l'absence des follicules, il y a lieu de tenir compte d'autres détails de structure et certaines nuances permettent dans bien des cas de soupçonner, sinon d'affirmer, la nature de l'infection causale. « La distinction quelquefois assez difficile entre ces deux sortes d'infiltrats (tuberculeux et syphilitique) ne repose donc guère sur la nature des éléments qui les composent, attendu que ce sont les mêmes. Elle se base sur leurs proportions relatives, sur leurs dispositions respectives, et par rapport aux vaisseaux sanguins, sur le degré et le mode d'altération du stroma. Dans la plupart des lupus, par exemple, les cellules géantes et les cellules épithélioïdes sont plus abondantes

et plus groupées au centre de véritables follicules formées de plasmazellen petites; le stroma est distinct de l'infiltrat qui le pénètre peu, mais qui le remplace et le résorbe. Dans les syphilides, au contraire, les cellules dégénérées sont plus rares et plus disséminées; la distribution de la néoplasie, formée de grosses cellules plasmatiques, est plutôt périvasculaire que nodulaire; elle s'infiltre entre les mailles du stroma, lequel tend souvent à la sclérose plutôt qu'à la résorption. »

« En fait, lorsque le diagnostic clinique a présenté des difficultés insurmontables, il n'est pas exceptionnel que le diagnostic anatomique et l'histologie restent de même en défaut. » (Darier.)

3° *Réaction à la tuberculine.* — La réaction générale consécutive à l'injection sous-cutanée de tuberculine prouve simplement que le malade est porteur d'une lésion tuberculeuse; il en est de même des réactions telles que l'ophtalmo, la cuti, et l'intra-dermo-réactions. On sait d'ailleurs que chez l'adulte elles sont presque toujours positives. M. Nicolas (53) a même appelé l'attention sur la fréquence de ces réactions positives chez les syphilitiques, ce qui diminuerait encore la valeur diagnostique dans les cas qui nous intéressent. En réalité, elle paraît se retrouver chez les syphilitiques avec la même fréquence que chez tous les autres adultes, et, d'après M. Sergent (69) serait négative chez les enfants non tuberculeux, même hérédo-syphilitiques, retrouvant là quelque valeur diagnostique. Quoi qu'il en soit, c'est la réaction de la lésion à la tuberculine qui nous intéresse. Elle constitue une présomption très forte en faveur

de sa nature tuberculeuse. On a pu observer tout à fait exceptionnellement une réaction au niveau des lésions lépreuses ou syphilitiques. A ces cas, on peut opposer les suivants qui ont une grande valeur démonstrative.

Une observation de Pick se trouve relatée dans la thèse de Schmitt : Une jeune syphilitique en période secondaire était atteinte de tuberculose verruqueuse de l'avant-bras; elle avait également au bras une cicatrice blanche provenant d'une lymphangite guérie. Après une injection de 1 centigramme de tuberculine, les parties atteintes de lésions syphilitiques ne présentèrent aucune modification, mais la prolifération tuberculeuse de l'avant-bras, ainsi que la cicatrice du bras devinrent tuméfiées, rouges et douloureuses, et l'on vit apparaître aussi un nodule très douloureux, du volume d'une noisette, non perceptible auparavant.

L'observation XVI de Schmitt est comparable à celle de Pick. Au cours d'un traitement d'ulcère tuberculeux par la tuberculine, un chancre induré de la verge apparut. La tuberculine ne produisit aucune réaction locale sur l'accident primitif, non plus que sur la roséole consécutive, alors que la réaction locale des lésions tuberculeuses était manifeste.

4° *Réaction de Wassermann.* — La valeur de cette réaction sérologique est encore à l'étude. Elle ne pourrait prouver en tous cas, que l'existence d'une infection syphilitique latente ou en évolution chez le malade, et non la nature syphilitique de telle ou telle lésion. On croyait pouvoir admettre qu'une réaction positive est une très forte présomption de syphilis, alors qu'une réaction néga-

tive a une valeur beaucoup moins grande. Des recherches récentes, en particulier celles de Ravaut (60) ont montré la fréquence du Wassermann positif chez les sujets porteurs de tuberculoses ou de tuberculides cutanées (lupus, tuberculides papulo-nécrotiques, etc.) Ou bien cette réaction n'a pas la valeur spécifique qu'on lui attribuait et ne doit être interprétée qu'avec beaucoup de prudence, ou bien ces sujets sont atteints d'une syphilis latente et inconnue, acquise ou héréditaire. En ce qui concerne nos cas personnels, nous avons pratiqué la réaction de Wassermann chez une de nos malades (Observation II) et elle s'est montrée positive, mais nous n'avons pu exclure l'hypothèse d'une infection syphilitique d'origine conjugale qui nous a même paru assez vraisemblable.

5° *Le résultat du traitement spécifique* permettrait de reconnaître après coup la nature de l'affection (Diagnose ex juvantibus des auteurs allemands). Fournier, en particulier, y attache une très grande valeur. Il semble que l'amélioration d'une lésion par le traitement mercuriel puisse être considérée comme une présomption de sa nature syphilitique quand cette amélioration est rapide et extrêmement marquée. Les lésions tuberculeuses ne sont pas toujours insensibles à l'action du mercure et l'on sait que le calomel, par exemple, réduit d'une façon frappante l'infiltration du lupus. Mais cette action est surtout décongestionnante et ne va jamais jusqu'à la guérison complète et rapide qu'on obtient habituellement en cas de lésions syphilitiques. D'autre part, la médication arsenicale, surtout depuis l'usage du Salvarsan, a

été appliquée avec succès au traitement de dermatoses tuberculeuses (Ravaut), mais on est d'accord pour ne pas attribuer à cette action souvent très manifeste une valeur spécifique.

Nous voyons donc qu'un examen clinique attentif permet en général de reconnaître la nature tuberculeuse ou syphilitique d'une ulcération cutanée, même quand elle se présente sous un aspect un peu atypique. Mais il existe incontestablement des cas d'un diagnostic difficile où on doit avoir recours aux différentes épreuves de laboratoire. Celles-ci peuvent même se trouver en défaut. Ces difficultés tiennent certainement dans un certain nombre de cas à l'existence chez le malade d'une double infection tuberculeuse et syphilitique qui peut déformer d'une part l'aspect clinique des lésions (syphilo scrofule de Sergent) et d'autre part compliquer les réactions biologiques et sérologiques.

En dehors de la syphilis, il n'y a guère que les mycoses qui puissent réaliser des lésions ulcéreuses analogues à nos ulcères tuberculeux atypiques, et en pratique c'est avec la sporotrichose que se pose le diagnostic. Nous ne ferons donc que signaler ici les ulcères lépreux, chancrelleux, trophiques, et aussi les ulcères tropicaux. Ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

La sporotrichose au contraire est assez répandue en France pour que l'on doive y penser en présence d'ulcérations cutanées d'apparence un peu anormale. Notons pourtant que la forme tuberculoïde de la sporotrichose se présente plutôt sous l'aspect verruqueux ou gommeux

que proprement ulcéreux. Et l'ulcération qui succède au ramollissement et à l'ouverture de la gomme a un orifice étroit, fistuleux, à bords amincis, violacés, bien différents de nos ulcères. Nous rappellerons cependant ici les éléments du diagnostic, d'autant plus difficile parfois que l'association des deux infections dans la même lésion a été signalée (Achard et Ramond) (1).

La clinique peut nous mettre sur la voie de la nature sporotrichosique d'une lésion en révélant certaines particularités bien mises en lumière par De Beurmann et Gougerot (13).

« Les lésions sont non seulement multiples, mais polymorphes; l'aspect tuberculoïde n'est que partiel. Aux lésions tuberculoïdes sont associées des lésions syphiloïdes echtymatiformes, furonculiformes, trichophytoïdes. Ce mélange donne à la maladie un aspect assez caractéristique que ne revêt presque jamais la tuberculose ».

D'autre part, l'évolution est plus rapide; il se produit une ulcération centrale par où s'écoule un liquide huileux, visqueux, alors qu'un foyer tuberculeux secrète une sérosité plus ou moins mêlée de grumeaux caséeux.

Enfin, un dernier signe qui n'a qu'une valeur diagnostique relative est la rareté des adénopathies dans la sporotrichose.

En réalité, ces caractères cliniques ne peuvent que faire soupçonner la nature mycosique de la lésion. Il faut en demander la confirmation aux épreuves de laboratoire.

Le procédé le plus simple et le plus sûr est celui de

la culture sur milieu sucré. L'ensemencement de quelques gouttes de pus prélevées par ponction sur des tubes de gélose Sabouraud, conservées à la température de la pièce et non encapuchonnés, donne en une semaine environ des colonies caractéristiques d'abord blanches, puis noires.

Les différents procédés de séro-diagnostic de Widal et Abrami (agglutination, fixation du complément), donnent des indications plus rapides et de grande valeur. Signalons enfin la réaction à la sporotrichosine qui peut rendre de réels services. Ainsi dans la sporotrichose comme dans la syphilis on peut observer des ulcérations atypiques d'aspect plus ou moins tuberculoïde, dont la clinique ne peut que faire soupçonner la nature. On doit pour éclairer le diagnostic avoir recours à divers examens de laboratoire. Mais là ce qui fait la difficulté, ce n'est plus l'association avec la tuberculose (qui est tout à fait exceptionnelle) mais le polymorphisme des lésions sporotrichosiques.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Par ses caractères d'évolution l'ulcère tuberculeux atypique se comporte comme un lupus à allure bénigne : lésion à marche torpide, ayant peu de tendance à gagner les voies lymphatiques, ou à creuser en profondeur mais en même temps foyer tuberculeux ne guérissant pas spontanément et dont il y a intérêt a débarrasser l'organisme. Les indications thérapeutiques sont donc les mêmes que dans le lupus. C'est dire qu'on devra, suivant les cas, pratiquer l'exérèse chirurgicale ou employer les traitements médicaux et dermatologiques usuels. Nous ne parlerons ici que des traitements que nous avons eu l'occasion d'appliquer : ablation et tuberculine.

L'extirpation chirurgicale est, comme pour le lupus, le traitement de choix chaque fois que la chose est possible. Elle est surtout indiquée quand on a affaire à un foyer unique, bien limité et situé dans une région qui permet un rapprochement facile et une bonne cicatrisation.

Quand ces conditions ne sont pas réalisées, l'opération est plus délicate ; on doit compléter l'extirpation par une autoplastie. Il faut naturellement faire dans tous les cas l'exérèse complète en dépassant largement les limites du mal. Les avantages de ce traitement chirurgical sont sa rapidité, sa simplicité et le bon résultat qu'on en obtient.

Dans le cas de notre malade n° 1, nous avons fait extirper, sous anesthésie chloroformique, deux foyers ulcéreux qui avaient résisté à un traitement prolongé par la tuberculine et à différentes applications de topiques. Dans le cas de la malade n° 2, l'extirpation a été faite d'emblée avec anesthésie locale à la cocaïne. Dans les deux cas, nous avons obtenu une bonne cicatrisation et des suites très satisfaisantes.

Voici deux exemples publiés par M. Morestin où l'extirpation a été complétée, dans le premier cas, par autoplastie, dans le deuxième cas, par une greffe italienne. Outre leur intérêt technique, ces observations montrèrent bien comment ces ulcères tuberculeux se présentent au chirurgien et au médecin d'enfants.

Observation XVII.

Tuberculose ulcéreuse étendue de la joue droite. — Extirpation. Autoplastie à l'aide d'un lambeau cervical. (Société de chirurgie, 9 avril 1913).

Charlotte R., modiste, 18 ans, est entrée dans mon service le 20 janvier 1913. Cette jeune fille porte à la joue droite une

lésion ulcéreuse dont le début remonte déjà à plusieurs années sans que l'on puisse préciser la date exacte de son apparition. L'évolution de la maladie a été constamment indolente.

Elle n'a jamais été l'objet d'aucun traitement en dehors de l'application de quelques pommades insignifiantes.

La malade est surtout préoccupée par l'aspect choquant de la surface ulcéreuse. Elle est contrariée non seulement au point de vue esthétique, mais parce qu'il en résulte de la difficulté pour trouver du travail.

Charlotte R. est de petite taille, pâle, d'apparence délicate. Elle n'a cependant jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène actuellement à l'hôpital. à part une appendicite pour laquelle elle a été opérée il y a cinq mois à l'hôpital Beaujon.

La lésion de la joue est fort étendue; elle occupe la partie centrale et inférieure de la joue. Elle présente deux travers de doigt environ de largeur et trois en hauteur. Elle représente en surface plus de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Elle est constituée par une plaque dont la partie centrale est ulcérée et la partie marginale infiltrée et rougeâtre.

L'ulcération offre un fond atone, presque sec, habituellement couvert de croûtes d'autant plus que la malade y applique des poudres pour dissimuler autant que possible la lésion. Cette dernière est purement cutanée. La zone périulcéreuse n'est pas saillante, ne forme pas bourrelet. La palpation n'éveille aucune douleur. Il n'y a aucune lésion du côté de la bouche.

Les dents sont parfaitement saines; on ne relève également rien d'anormal du côté du nez et des fosses nasales, du sac lacrymal, des conjonctives; on ne constate d'autre part aucune hypertrophie ganglionnaire.

Le diagnostic semble assez facile et la maladie nous paraît pouvoir être regardée comme une tuberculose ulcéreuse de la peau.

Le 21 janvier, je pratiquai l'ablation de cette lésion, opéra-

tion qui fut naturellement assez facile puisqu'il s'agissait simplement d'enlever un fragment de peau, et de peau non adhérente aux parties profondes. Mais le sacrifice du territoire cutané malade, augmenté d'une zone de tissu sain, laissa une perte de substance forcément très large. Perte de substance tellement étendue et tellement élargie par la rétraction des téguments sur tout son pourtour, qu'elle laissait à découvert la presque totalité de la joue.

La réparation de cette plaie offrait donc de très réelles difficultés. Sans doute, j'aurais pu la couvrir immédiatement d'un grand lambeau prélevé sur le cou. Mais cette grande autoplastie représentait une opération considérable ; elle aurait exigé un décollement extrêmement étendu pour rapprocher les bords de la plaie d'emprunt. Les soins consécutifs auraient été fort délicats ; des retouches auraient été peut-être nécessaires, et au bout du compte, les cicatrices auraient été fort étendues, puisque le contour du lambeau aurait eu nécessairement pour dimensions le contour de cette vaste perte de substance. Je renonçai donc à l'autoplastie immédiate. Mais, d'autre part, il me répugnait beaucoup d'abandonner à elle-même une telle plaie : sans doute, cette plaie n'aurait pas tardé à se niveler et à se réduire, mais en créant des masses cicatricielles plus ou moins denses. Ce mode de réparation est sans inconvénient chez un sujet âgé ; chez une jeune fille, à peau extrêmement délicate, comme c'était le cas, les surfaces cicatricielles sont extrêmement visibles et choquantes, et, par surcroît, exposées à devenir chéloïdiennes ; aussi je repoussai également et l'autoplastie immédiate et l'autoplastie secondaire, comme on la pratique habituellement, après que la nature a presque épuisé son effort vers la cicatrisation.

Voici quelle fut ma conduite :

Sur toute l'étendue du bord, à peu près rigoureusement circulaire de la plaie, je fis cheminer un fil de soie assez résistant, — fil qui traversait et retraversait la peau dans

toute son épaisseur, tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors : les deux extrémités du fil finirent par se trouver l'une près de l'autre : le fil ayant encerclé le contour de la plaie comme le cordon d'une bourse entoure l'orifice de celle-ci. Ayant un peu libéré les téguments tout autour de la plaie, je serrai ce fil exactement comme on serre le cordon d'une bourse, et je vis cette plaie se réduire dans d'extraordinaires proportions, diminuer de plus de moitié, diminuer tellement que sa surface devenait inférieure à celle d'une pièce de 2 francs. Je nouai alors les deux bouts du fil et laissai les choses en état, sans me préoccuper de l'apparence légèrement ondulée du contour de la plaie, bien persuadé que ces ondulations disparaîtraient spontanément au bout d'un temps très court.

Je pansai à plat, remettant à quelques jours l'autoplastie qui me permettrait de combler la brèche restante. L'autoplastie, réduite à ces proportions, était une opération relativement simple.

Les suites furent très bonnes : il n'y eut aucune modification des bords de la plaie : le fil put être retiré au huitième jour, sans que les bords de la perte de substance eussent aucune tendance à s'écarter.

Peu après, le 14 février, je pratiquai l'autoplastie complémentaire à l'aide d'un lambeau de dimensions appropriées, prélevé dans la région sus-hyoïdienne, lambeau à pédicule postéro-supérieur, répondant à la région massétérine, que je fis pivoter de bas en haut, et dont la plaie d'emprunt put être réunie sans difficulté par première intention.

Enfin, le 28 février, je terminai par l'excision d'une petite saillie conique résultant de la torsion du pédicule du lambeau.

Huit jours après, la petite modiste quittait mon service complètement guérie.

Le résultat est bon, le lambeau est très bien adapté à la forme de la joue et la ligne cicatricielle qui en marque le contour, est appelée à blanchir et à s'estomper graduellement.

Observation XVIII.

Tuberculose cutanée. — Extirpation. — Greffe italienne.
(Société de Dermatologie, 5 juillet 1906).

Lucien L..., âgé de sept ans, entre le 28 avril 1907 à l'hôpital Saint-Louis, service temporaire d'enfants. C'est un enfant assez chétif, dont le père est mort récemment de tuberculose pulmonaire et dont la mère paraît être aussi tuberculeuse. Lui, Lucien, ne tousse pas, ne présente aucune altération viscérale. Il est porteur de lésions ulcéreuses dont l'une occupe la partie antérieure de la cuisse gauche dans le voisinage du genou, une autre la face interne du bras gauche, tout près de l'épitrochlée, et la troisième, la plus importante, la partie supérieure de l'avant-bras, toujours du côté gauche. La localisation antibrachiale est la première en date. Au dire de la mère, depuis trois ou quatre ans, on aurait observé dans cette région des placards rouges apparaissant de temps à autre et régressant avec lenteur pour disparaître spontanément. Quoi qu'il en soit de ce renseignement, c'est vers le milieu de 1905 que la peau s'ulcéra à la partie supéro-externe de l'avant-bras. Peu après survint un abcès au-dessus du coude, abcès qui s'ouvrit et devint le point de départ de l'ulcération qui occupe aujourd'hui la face interne du bras. Plus récemment enfin s'est établie la lésion dont nous avons signalé l'existence à la face antérieure de la cuisse, dans le voisinage du genou. Au mois de janvier 1906, l'enfant a subi dans un des services de Saint-Louis un traitement mercuriel (frictions et application d'emplâtre de Vigo) qui a semblé produire une amélioration; mais celle-ci ne s'est pas maintenue; les plaies ont recommencé à s'étendre et depuis n'ont pas cessé de s'agrandir.

Au moment de mon examen, le 28 avril, l'ulcération de la cuisse est, pour ses dimensions, comparable à une pièce de cinquante centimes, mais cette ulcération n'est pas toute la

lésion ; elle est entourée d'une auréole rouge, relativement large, interrompue par deux surfaces cicatricielles. L'ulcère est fougueux, inégalement creusé, à bords décollés et suppure assez abondamment.

La lésion sus-épitrochléaire est plus profondément excavée, mais présente des caractères analogues, surtout en ce qui conserne l'aspect fougueux des parois de l'excavation et la suppuration abondante. Elle est entourée d'une zone rouge d'un centimètre environ. L'ulcère et la peau avoisinante adhèrent aux plans profonds.

Quant à la lésion de l'avant-bras, elle est formée d'une plaque rouge irrégulièrement ovalaire, présentant 8 centimètres sur 6 ; plaque portant trois ulcérations principales, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et d'autres, plus petites, présentant le même aspect que nous avons signalé pour l'ulcération de la cuisse : disposition circulaire, bord décollé, fongosités couvrant le fond, suppuration, indolence. La plaque, dans sa totalité, est mobile sur les parties sous-jacentes.

Le diagnostic était aisé ; il s'agissait de tuberculose cutanée à forme ulcéreuse. Les localisations crurale et antibrachiale étaient purement cutanées ; celle du bras était secondaire à une adénite suppurée épitrochléaire, elle-même consécutive à la tuberculose ulcéreuse de l'avant-bras ; l'indication ne parut être d'extirper ces divers foyers, ce que je fis le 4 mai dernier. La plaque crurale fut excisée tout d'abord, et la perte de substance, grande comme une pièce de 5 francs environ, put être réunie directement, après décollement des bords de la plaie.

L'affrontement fut obtenu avec un peu de peine, en plaçant le membre dans l'extension complète.

L'extirpation du foyer brachial fut plus délicate, mais la réunion se fit par contre très aisément, selon une ligne verticale.

La plaque de l'avant-bras fut à son tour cernée, disséquée

et extirpée. Mais la perte de substance laissée par son ablation ne pouvait être comblée par le rapprochement des bords; il s'en fallait de beaucoup. Je prélevai alors sur la paroi thoraco-abdominale, à gauche de la ligne médiane, un lambeau de dimensions appropriées, lambeau à pédicule inférieur, dont le contour fut suturé aux lèvres de la plaie.

Le pédicule de ce lambeau a été sectionné le 22 mai. Un peu plus tard, j'ai procédé à la mise au point de la greffe. J'en ai sacrifié un léger excédent, puis soigneusement affronté la tranche de section à la partie correspondante de la peau de l'avant-bras, de manière à obtenir une surface partout lisse et de niveau avec les téguments environnants, En même temps, ce qui restait de la plaie d'emprunt a été comblé par rapprochement des bords préalablement libérés et décollés. Quant aux plaies de la cuisse et du bras, elles étaient depuis longtemps cicatrisées, s'étant réunies par première intention.

Je mets sous vos yeux le résultat obtenu qui est réellement très satisfaisant.

La greffe italienne constitue une ressource extrêmement précieuse dans les pertes de substance chirurgicales des téguments du membre supérieur. Il est relativement facile de prélever sur la partie antérieure du thorax ou de l'abdomen des quantités de peau considérables, ce qui permet de sortir aisément d'embarras dans les cas analogues à celui-ci.

Il suffit de quelques précautions simples pour que le succès soit assuré. Il est inutile de compliquer la technique, et en ce qui concerne particulièrement l'appareil destiné à maintenir le membre au contact du tronc, je me suis toujours contenté de bandes de toile, de flanelle, ou de crêpe.

Tout au plus pourrait-on, à mon sens, y ajouter une bande de sparadrap, des tubes élastiques par-dessus le bandage. L'immobilisation absolue n'est aucunement nécessaire; le seul point important est d'éviter toute traction prolongée sur le pédicule ou les sutures.

Les enfants supportent encore mieux que les adultes les

attitudes que nécessite l'emploi de la greffe italienne. Chez eux enfin les résultats dépassent même ceux que la méthode donne chez l'adulte.

Etudions maintenant le traitement tuberculinique que nous avons appliqué à deux de nos malades.

Dans les deux cas, nous avons commencé par des doses minimes, suivant la règle prudente dont il convient de ne pas s'écarter. Nous avons augmenté progressivement les quantités de tuberculine injectée, jusqu'à production de la réaction générale. Celle-ci est apparue pour la malade n° 1 à la 5e injection (8 décimilligrammes), pour la malade n° 3 à la 13e injection (1,5 décimilligrammes). Elle s'est marquée par une élévation de température au voisinage de 40°, accompagnée de malaise général, sensation de courbature très prononcée, inappétence, insomnie.

Mais par suite de l'accoutumance qui est de règle en pareil cas, nous avons pu, sans produire de réaction trop violente, élever progressivement les doses et injecter jusqu'à 1 milligr. 4 à notre première malade, 1 milligr. 2 à l'autre.

L'action sur les lésions cutanées a été fort nette; nous avons observé d'abord la réaction congestive (réaction locale ou de foyer) qui a été évidente et fournissait un élément de diagnostic dont nous avons vu la valeur au chapitre IV. Nous avons observé d'autre part une action curative, mais cette action, si elle a été manifeste, s'est montrée dans les deux cas incomplète et inégalement efficace sur les diverses lésions. Dans notre observa-

tion I, les éléments papuleux ont disparu rapidement, mais une partie seulement des lésions ulcéreuses a évolué vers la cicatrisation. Un certain nombre de foyers s'aggravaient malgré la prolongation du traitement tuberculinique et si une apparence de cicatrisation s'y produisait, elle masquait un décollement en profondeur. La persistance du processus ulcéreux nous a obligé à recourir à l'intervention chirurgicale. Dans notre observation III, l'ulcère de la paume de la main droite a évolué vers la guérison, mais il était déjà au dire de la malade en voie de cicatrisation. Les autres lésions tuberculeuses que présentait notre malade n'ont pas été toutes sensiblement influencées par la tuberculine et si les gommes scrofuleuses ont paru se vider et se cicatriser assez rapidement, le lupus du nez n'a pas été amélioré.

Chez nos deux malades, nous avons observé des réactions cutanées qu'il n'est pas sans intérêt de noter ici.

Au niveau des points d'injection de la tuberculine, il s'est produit à plusieurs reprises des plaques rouges, ortiées, douloureuses à la pression, avec parfois un gonflement léger de la région. M. Rist (61) a analysé ces phénomènes et en a montré l'analogie avec la réaction vaccinale.

Nous avons vu, de plus, apparaître dans les deux cas au cours du traitement tuberculinique une éruption de petits éléments papuleux se rapprochant du lichen scrofulosorum, moins papuleux pourtant et moins jaunâtres. L'apparition d'une éruption de ce genre a été

observée assez souvent au cours du traitement tuberculinique, et cette fréquence relative nous incline à penser qu'il n'y a pas là simple coïncidence. Mais nous ne croyons pas devoir considérer ces formations comme de véritables tuberculides réalisés par l'action de la tuberculine. Il s'agit plutôt, croyons-nous, d'une réaction congestive, mettant en évidence des lésions papuleuses qui n'avaient pas jusqu'alors attiré l'attention.

Peut-être aussi y a-t-il, dans certains cas, production de lésions nouvelles, par suite d'embolies bacillaires consécutives à l'injection de tuberculine. La mobilisation de bacilles de Koch et leur passage dans le sang au cours de la réaction générale à la tuberculine ont été en effet constatés chez l'homme par Bacmeister (5) et chez le cobaye par Lydia Rabinowitch.

On sait que les premiers essais tentés en 1890 par les médecins de l'hôpital Saint-Louis avaient abouti à un échec, à cause des réactions violentes et dangereuses obtenues alors. On y renonça donc complètement en France. Mais à l'étranger, les tentatives continuaient et des améliorations incontestables et rapides étaient signalées en même temps que les réactions générales étaient considérablement réduites par l'emploi de doses faibles. On fit donc, en suivant cette nouvelle méthode de tuberculino-thérapie, de nouveaux essais en France, et les résultats en furent satisfaisants.

La thèse de Schmitt publiée en 1907 rapporte d'assez nombreux exemples de guérison ou d'amélioration considérable de cas de lupus et d'autres dermatoses tuber-

culeuses. L'auteur, cependant, conclut très prudemment : « La valeur thérapeutique de la tuberculine en dermatologie est plus discutable que sa valeur diagnostique. Les cas où elle a suffi à amener une guérison complète et qui s'est maintenue sont rares. Très souvent elle produit une amélioration passagère et il devient nécessaire de lui adjoindre d'autres médications. Son emploi demeure légitime dans la thérapeutique des tuberculoses et des tuberculides cutanés, soit comme adjuvant des autres méthodes de traitement, soit comme ressource dernière quand celles-ci sont demeurées impuissantes. »

Depuis lors, on a signalé un grand nombre de résultats favorables ; plusieurs d'entre eux se rapportent à des cas très voisins de nos ulcérations.

Western (71) (Royal Society of Medicine, Dermatological Section, 21 octobre 1909) rapporte une série de cas de scrofuloderme et de lupus traités par la tuberculine. La plupart d'entre eux sont des ulcères cutanés consécutifs à l'ouverture d'un abcès ganglionnaire. Le traitement a été institué avec des doses minimes de tuberculine T.R. ou T.E. (provenant de culture de bacilles humains). Ces deux variétés se sont montrées équivalentes.

Cas I. — Ulcère étendu de la région cervicale du côté droit. En novembre 1908, début des injections : 0,001 à 0,005 milligrammes. En même temps, traitement local consistant en pansements avec une solution salée hypertonique, puis applications d'eucalyptus. Guérison complète.

Cas II. — A. A... 34 ans. Deux ulcères chroniques de la région médiane du cou ayant résisté à tout traitement pendant neuf mois.

Mai 1909. — Injections de tuberculine, 0,00005 à 0,0005 milligrammes. Guérison complète au mois d'août. Le traitement local était le même (solution salée hypertonique, puis eucalyptol).

Cas III. — J. G..., enfant de 6 ans. Grand ulcère situé sur la joue droite mesurant 3 pouces 1/2. Les bords sont d'aspect chéloïdien, le fond couvert de granulations, la base est infiltrée.

Injection de tuberculine pendant 3 mois. Grande amélioration ; est encore en cours de traitement.

Cas IV. — Mme G..., 45 ans. Le bras et l'avant-bras droits portent des ulcérations tuberculeuses infectées secondairement avec abcès dans l'aisselle. Tout le membre est en si mauvais état qu'on propose une amputation. Mais on veut essayer auparavant le traitement par la tuberculine.

Première injection de 0,0001 milligramme le 27 novembre 1906. En même temps, l'abcès axillaire est drainé.

13 décembre. — Le bras n'est plus douloureux, ce qui ne s'était pas produit depuis trois ans. Les ulcères commencent à guérir.

Janvier 1907. — Guérison complète. Il n'y a pas eu de récidive.

La malade a eu en tout 8 injections; dose maxima : 0,0002.

Cas V. — H..., 24 ans. Lupus ulcéré de la face ; ulcérations sur les bras.

Tuberculine : 0,002 à 0,02 milligrammes.

Les bras sont guéris, le lupus de la face en bonne voie.

Dans les cas présentés par MM. Thibierge et Weissenbach (73) à la Société Médicale des Hôpitaux, il

s'agit encore d'érythème induré de Bazin, traité et guéri par des doses minimes de tuberculine. Les auteurs rappellent d'abord « la résistance des lésions de l'érythème induré aux traitements couramment employés contre cette affection, traitements qui consistent surtout dans le repos au lit, aidé ou non de compression des membres inférieurs, dans l'emploi des emplâtres résolutifs, et dans l'usage interne des préparations ferrugineuses, iodurées, de l'huile de foie de morue, et des préparations similaires. Même au bout de plusieurs mois de ces traitements, les résultats en sont douteux ».

Suivent les observations de cinq malades; il s'agit comme c'est la règle dans cette affection de femmes jeunes de 20 à 30 ans (une d'entre elles a 43 ans); elles sont atteintes d'érythème induré typique non ulcéré :

Cas I. — Augusta T...., 30 ans. Nombreux nodules rouges et infiltrés. Amélioration très nette dès les premières injections intra-dermiques d'une goutte de tuberculine à 1/5000. Puis état stationnaire, injections sous-cutanées de doses minimes. Guérison apparente. Récidive au bout de six mois sous forme d'un nodule traité par des doses croissantes sous-cutanées 1/1000 à 1/10 de milligramme. Guérison.

Cas II. — Mlle L..., 20 ans. Nombreux nodules rouges et infiltrés, guéris en un mois par injections sous-cutanées de 0,0004, 0,0002, 0,0004, 0,0004.

Récidive au bout de six mois, injections de I. K. (1) de Spengler. Disparition rapide des lésions.

(1) M. Thibierge emploie à peu près indifféremment la tuberculine et les Immum Körfer de Spengler, et en obtient des effets thérapeutiques tous analogues. Ces substances (I. K,) sont encore mal connues, et leur action sur les lésions cutanées en particulier n'est pas encore bien établie.

Cas III. — Mme B..., 43 ans. Lésions multiples des membres inférieurs, très améliorées par les premières injections de 0,00001, 0,00001, 0,0002.

Cas IV. — Mlle M..., 23 ans.
Traitée et guérie par I. K. de Spengler.

Cas V. — Mme D..., 27 ans.
Lésions extrêmement améliorées à la suite de la première injection : 0,00001. Guérie après deux autres injections 0,0002, 0,0005 de tuberculine.

Les auteurs insistent sur les résultats favorables de ce traitement qui était toujours employé seul, les malades continuant à vaquer à leurs occupations qui pour certaines étaient très fatigantes.

« Quelle que soit la dose employée, les premières injections, souvent même la première à elle seule, c'est-à-dire dans tous les cas des doses minimes, ont produit des améliorations remarquables. Chez tous les malades, nous avons vu dans les deux ou trois jours qui ont suivi cette première injection, les nodules et les placards d'érythème, induré s'affaisser, devenir moins consistants, la rougeur s'atténuer ; souvent les éléments les moins volumineux disparaissent complètement. Après cette première phase de résolution rapide, les lésions restaient stationnaires, mais il suffisait de reprendre la série des injections pour voir les éléments s'affaisser à nouveau, et à nouveau diminuer de consistance. Progressivement nous sommes arrivés chez tous les malades dont nous avons pu poursuivre le traitement d'une façon assez régulière à obtenir la résolution à peu près complète de tous les éléments.

« Chez les malades des observations I et II, les lésions qui avaient cédé à une première série d'injections de tuberculine n'avaient pas reparu six mois plus tard, et la poussée d'érythème induré qui se produisit alors était constituée entièrement par des éléments nouveaux développés en des sièges différents de ceux de la première poussée. »

A propos de cette communication, MM. Jeanselme et Chevalier rapportent le cas d'une malade atteinte d'érythème induré avec ulcération.

Deux décimilligrammes de tuberculine produisent sans réaction générale (température maxima : 37°8) la fonte des nodules et une cicatrisation des éléments ulcérés extrêmement rapide.

Après injection de un milligramme, les nodules déjà réduits disparurent complètement. Huit jours après, la guérison était complète en apparence.

Ces faits sont intéressants parce qu'ils apportent des exemples incontestables de l'action thérapeutique de la tuberculine ; chez tous ces malades, une modification très nette a été obtenue après injection de doses infinitésimales. Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels et M. Darier a rencontré également des cas (en particulier dans l'érythème induré), où la simple intra-dermo-réaction, pratiquée dans un but diagnostique, avait été suivie d'une amélioration très marquée. Il y en a d'autres au contraire, — et nos observations personnelles rentrent dans ce deuxième groupe, — où les doses minimes de tuberculine ne produisent aucune réaction visible au niveau des lésions, et où il faut arriver à des quantités

relativement fortes (1 décimilligramme et plus). Y a-t-il entre ces deux ordres de lésions celles qui réagissent aux doses minimes et les autres une différence essenielle, les premières contenant par exemple des bacilles sensiblement plus affaiblis et plus faciles à attaquer, ou bien est-ce du côté des tissus ou des humeurs qu'il faut chercher la raison de cette différence de réaction, nous n'en savons rien. Au point de vue pratique il y a lieu de tenir une conduite différente suivant les cas.

On s'imposera comme une règle générale de commencer par une dose minime. S'il se produit une réaction nette, on se contentera de répéter les injections à la même dose et généralement dans ces cas-là on obtiendra en suivant cette technique, des résultats favorables. Si au contraire les toutes petites quantités de tuberculine ne produisent aucune réaction on élèvera graduellement les doses, car il s'établit dans l'organisme une accoutumance progressive qui permet au malade de supporter à la longue des doses de tuberculine considérables. En général, il y aura intérêt à chercher la dose qui amène une réaction nette, et une fois celle-ci obtenue, à augmenter prudemment les quantités injectées.

Ces deux méthodes des doses progressivement croissantes et des doses faibles ont chacune en Allemagne leurs partisans en ce qui concerne les applications de la tuberculino-thérapie à la tuberculose pulmonaire. Une polémique récente s'est élevée à ce sujet entre Schroeder, qui considère comme suffisantes les doses minimes, et Bandelier et Roepke qui veulent, au con-

traire, accoutumer l'organisme à la tuberculine en élevant progressivement les doses injectées. Mais dans ce domaine de la bacillose pulmonaire, les résultats sont beaucoup plus difficiles à constater et à interpréter, d'autant plus que les modifications ne portent pas sur l'état local, mais sur les symptômes subjectifs.

Or on sait combien facilement on obtient une amélioration plus ou moins durable à ce point de vue dès qu'on institue chez ces malades une thérapeutique quelle qu'elle soit. C'est ce qui explique les divergences encore considérables entre les opinions des auteurs qui ont étudié cette question. Les résultats favorables de la tuberculino-thérapie au cours de la tuberculose pulmonaire sont si peu évidents qu'à la Conférence anglaise contre la tuberculose tenue à Londres au mois d'octobre dernier, la grande majorité des congressistes paraissait entièrement découragée et insistait surtout sur les inconvénients et sur les dangers de cette thérapeutique (1).

Nous avons vu qu'en Dermatologie le bilan est plus favorable. Si l'on ne guérit pas tous les cas, on obtient presque toujours une amélioration généralement incomplète mais marquée, et dans un certain nombre de cas une guérison rapide et qui semble définitive. Il y a donc

(1) Il est juste de dire que d'autres auteurs en restent partisans très convaincus, en particulier Bandelier et Roepke (7) qui, dans la 7e édition de leur ouvrage parue tout récemment, attribuent à l'extension de la tuberculino-thérapie une part fort importante dans l'abaissement de la mortalité tuberculeuse en Allemagne tombée de 222 pour 100.000 habitantes en 1905 à 177 en 1910.

un contraste frappant entre les résultats satisfaisants obtenus dans les dermatoses tuberculeuses et les résultats douteux et passagers que l'on observe dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Quelles sont les conditions qui font des tuberculoses cutanées des cas plus favorables pour le traitement tuberculinique que la bacillose pulmonaire ? M. Rist, dans une communication à la Conférence antituberculeuse de Londres, a cherché à résoudre ce problème. Il a montré qu'il fallait tenir compte d'une part de la différence des conditions mécaniques qui, dans le poumon, par le fait même de l'élasticité normale rendent plus difficile la guérison de toute ulcération, en s'opposant au rapprochement des bords ; et d'autre part de ce fait qu'en dermatologie on ne craint pas de provoquer des réactions de foyers qui sont sans doute, suivant l'opinion primitive même de Koch, un facteur des plus importants de l'action curatrice. Au niveau du poumon, au contraire, ces réactions congestives dont on ne peut prévoir ni modérer l'intensité exposent à des dangers tels (hémoptysies, poussées granuliques) que nous n'avons pas le droit de les provoquer. Nous sommes donc réduits à l'emploi de quantités de tuberculine insuffisantes pour agir réellement, puisqu'une dose efficace serait dangereuse.

Ces considérations expliquent pour une part la différence observée dans les résultats thérapeutiques, mais le fait si frappant de la guérison de certaines lésions cutanées avec des doses minimes de tuberculine reste encore inexpliqué. Rappelons que chez l'animal, au cours de la tuberculose expérimentale du cobaye, on

ne peut arrêter ni ralentir la marche de l'infection par les injections de tuberculine. Et pourtant, il existe chez les animaux tuberculisés un certain état d'immunité comme le prouvent les expériences mêmes de Koch, celles de Roehmer, de Bail, et de Rist et Rolland.

Nous voyons donc que l'action thérapeutique de la tuberculine reste encore mal élucidée, mais retenons qu'en pratique elle peut rendre des services appréciables. On aura surtout à l'employer dans les cas d'ulcères atypiques en présence de lésions multiples dont l'exérèse chirurgicale serait particulièrement difficile ou même impossible. Elle peut même, en cas d'intervention chirurgicale, être pratiquée avant l'opération pour que le chirurgien connaisse exactement les limites du tissu malade, limites bien mises en évidence par la réaction de foyer obtenue. En tous cas il faut considérer comme une contre-indication formelle au traitement tuberculinique l'existence de lésions pulmonaires ou rénales en évolution.

CONCLUSIONS

Il existe une variété d'ulcérations tuberculeuses de la peau nettement distincte par ses caractères cliniques, histologiques et bactériologiques du type classique de l'ulcère tuberculeux.

Cette affection a été rencontrée le plus souvent chez de jeunes sujets, du sexe féminin, présentant des lésions pulmonaires à marche torpide. Les ulcérations cutanées siègent en des points variables, souvent multiples. Leur localisation et la coexistence d'autres manifestations tuberculeuses disséminées paraissent en relation plutôt avec des embolies bacillaires qu'avec une inoculation externe.

Au point de vue clinique, l'affection se distingue par un ensemble de caractères, les uns positifs (bords irréguliers, tendance à gagner en surface plus qu'en profondeurs, fond bourgeonnant), les autres négatifs (absence de grains jaunes, de nodules lupiques, indolence spontanée et à la pression). L'évolution en est torpide et d'une lenteur remarquable.

L'examen histologique montre la structure nettement folliculaire des lésions; il révèle en outre des altérations vasculaires plus ou moins prononcées.

La réaction positive locale à la tuberculine et surtout les résultats positifs de l'inoculation au cobaye démontrent la nature tuberculeuse de l'affection et permettent de la distinguer d'avec certaines lésions syphilitiques tertiaires ou hérédo-syphilitiques atypiques, d'aspect très analogue.

Le traitement de choix est, quand la chose est possible, l'extirpation chirurgicale. En présence de foyers multiples et étendus, on aura recours aux traitements médicaux, associés aux scarifications et à la radiothérapie. La tuberculine exerce sur ces lésions une influence manifestement favorable mais qui n'est pas toujours suffisante pour assurer à elle seule la guérison.

Vu : le Président,
ACHARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. **Achard et Ramond.** — Sporotricho-tuberculose. *Société méd. des hôpitaux*, 29 avril 1909.
2. **Armand Delille.** — Les poisons tuberculeux et leurs rapports avec l'anaphylaxie et l'immunité. Paris, 1912.
3. **Arndt.** — Uber die Kombination von Lupus miliaris disseminatus faciei und Acnitis und den Nachweis des Tuberkulose-virus in Schnitt und in Antiformin-sediment bei dieser Affection.— *Berliner Dermatologische Gesellschaft*, 14 juin 1910.
4. **Ameuille et Léon Kindberg.** — Sur la présence de bacilles de Koch virulents en divers points de l'organisme de sujets morts de tuberculose pulmonaire. *Société d'études scient. sur la tub.*, mai 1913.
5. **Bacmeister.** — Das Auftreten virulenter Tuberkelbazillen im Blut nach der diagnostischen Tuberkulininjektion. *Münchn. med. Woch.*, 8 février 1913.
6. **Bacmeister et Rueben.** — Uber « sekundâre » Tuberkulose. *Deutsche med. Woch.*, 12 décembre 1912.
7. **Bandelier et Rœpke.** — *Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.* 7e édition 1913.
8. **Baron (Lucien).** — *La bacillémie tuberculeuse*, thèse Paris 1913.
9. **Bazin.** — *Leçons sur la scrofule.* Paris, 1861.
10. **Léon Bernard, Debré et Baron.** — Recherches sur la

bacillémie des tuberculeux. *Société d'études scient. sur la tuberculose*, oct. 1912-mai 1913.

11. Léon Bernard et Gougerot. — Pathogénie des lésions non folliculaires de la tuberculose. *Société d'études scient. sur la tuberculose*, juin 1908.
12. Léon Bernard et Salomon. — Tuberculose expérimentale du cœur et de l'aorte. *Revue de médecine*, janvier 1904.
13. De Beurman et Gougerot. — *Les sporotrichoses*, Paris 1912.
14. Brocq. — *Traité de dermatologie pratique*, Paris 1907.
15. Burnet. — La virulence des bacilles tuberculeux et les tuberculoses dites atténuées. *Annales Inst. Pasteur*, nov. 1912.
16. Cotoni. — *La virulence des pneumocoques*, th. Paris, 1912.
17. Danlos. — Ulcère tuberculeux du pied, tuberculisation pulmonaire consécutive. *Société de Dermatologie*, 10 mars 1899.
18. Danlos et Lévy-Franckel. — Deux vastes ulcérations tuberculeuses datant de 11 années. *Soc. de Dermat.*, 4 juin 1908.
19. Darier. — Anatomie pathologique générale in *La pratique dermatologique*, t. I, Paris 1900.
20. Darier. — *Précis de dermatologie*, Paris 1907.
21. Du Castel. — *Les tuberculoses cutanées.*
22. Eynaud. — *Traitement chirurgical des tuberculoses cutanées*, th. Paris, 1899.
23. Fage. — Chancre tuberculeux. *Progrès médical*, 7 mars 1908.
24. Fournier (Alfred). — *Traité de la syphilis*, tome II, p. 113, Paris 1901.
25. Fournier (Edmond). — *Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive*, Paris 1907.
26. Gaucher. — Maladies de la peau. *Traité* de Brouardel et Gilbert. T. XIV, Paris 1909.

27. Gougerot. — *Bacillo-tuberculose non folliculaire*, th. Paris 1908.

28. Gougerot et Laroche. — Pathogénie des tuberculides cutanées; Nouvelles hypothèses. *Bulletin de la Soc. d'études scient. sur la tuberculose*, mars 1912.

29. Grouven. — Uber tuberkulosaehnliche Hauterkrankungen. *Archiv f. Derm.*, février 1910, p. 291.

30. Guibert. — *Revue générale sur l'érythème induré de Bazin*, th. Paris 1908.

31. Hanot. — Ulcère tuberculeux de l'avant-bras. *Soc. méd. des hôpitaux*, 22 févr. 1884.

32. Hanot. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. *Archives de physiologie*, 1886.

33. Haury. — *Essai sur les tuberculides cutanées*. Th. Paris, 1899.

34. Hidaka. — Uber den Nachweis von Tuberkelbazillen und Muchschen Granula bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Erythema induratum Bazin und papulo-nekrotischen Tuberkulid. *Archiv f. Dermat.*, Bd. 106, S. 259, 1911.

35. Hutchinson. — Scrofulous ulcers on the legs (Bazin's malady). *Archives of Surgery*, London 1893, p. 31.

36. Isaac. — Vorstellung eines Falles von Erythema induratum Bazin. *Berl. derm. Ges.*, 13 mars 1912.

37. Jackson. — Tuberculosis of the skin treated with tuberculin. *N. Y. derm. Soc.*, 27 février. — 28 mai 1912.

38. Jadassohn. — Die Tuberkulose der Haut in Mracek's *Handbuch der Hautkrankheiten*, Vienne 1904.

39. Jeanselme et Chevallier. — Erythème induré de Bazin et injections de tuberculine. *Soc méd. des hôpitaux*, 24 mars 1911.

40. Klingmüller. — Beiträge zur Tuberkulose der Haut. *Archiv f. Derm.*, Bd. 69, S. 1. 167, 1904.

41. **Kuraschige.**— Uber das Vorkomnem des Tuberkelbazillus im strœmenden Bluk der Tuberkulosen. *Ztschr. f. Tuberkulose*, Bd. 18, p. 430.

42. **Kutznitzky.** — Uber das Erythema induratum Bazin und seinen Zusammenhang mit Tuberkulose. *Archiv f. Derm.*, Bd. 104, S. 227, 1910.

43. **Laffite.** — Tuberculose cutanée in *La pratique dermatologique*, T. IV, p 578, 1904.

44. **Lahaussois.** — Gommes tuberculeuses disséminées. *Annales de derm.*, 1909, p. 53.

45. **Lewandowsky.** — Die Tuberkulose der Haut. *Ergebnisse der algemeinen Pathologie*, Wiesbaden, 1912.

46. **Lewandowsky.** — Experimentelle Studien über Hauttuberkulose. *Archiv f. Derm.*, Bd. 98, 1909.

47. **Mantegazza.** — Contribution à l'étude de l'érythème induré de Bazin. *Annales de dermat.*, 1901, p. 497.

48. **Mibelli.** — Disseminierte Haut Tuberkulose des Haarbodens. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, Bd. 44. S. 1, 1907.

49. **Morestin.** — Tuberculose cutanée; extirpation, greffe italienne. *Soc. de derm.*, 5 juillet 1906.

50. **Morestin.** — Tuberculose ulcéreuse étendue de la joue droite; extirpation; autoplastie à l'aide d'un lambeau cervical. *Société de chirurgie*, 9 avril 1913.

51. **Mucha.** — Zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose bei ulzerosen Prozessen. *Archiv f. Derm.* t. 89, p. 355.

52. **Mucha.** — Uber atypische Formen des Erythema induratum Bazin und seinen Beziehungen zur Tuberkulose. *Archiv f. Derm.*, Bd. 107, S. 61, avril 1911.

53. **Nicolas et Favre.** — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées, cellules géantes et follicules syphiliques. *Annales des maladies vénériennes*. Paris, 1907.

54. **Nicolle et Loiseau** — Les facteurs de toxicité des bactéries. *Annales Inst. Pasteur*, février 1911.

Nicolle, Loiseau et Forgeot. — *Ibidem*, février 1912.

55. Nobécourt et Darré. — Recherches sur la bacillémie tuberculeuse chez les enfants par l'injection du sang au cobaye. *Soc. d'études scient. sur la tub.*, décembre 1912.

56. Pautrier. — *Les tuberculoses atypiques (tuberculides)*. Th. Paris, 1903.

57. Pautrier et Fage. — Lupus de la cuisse ulcéreux et végétant, ayant persisté pendant deux ans à l'état d'ulcérations pures. *Annales de derm.*, 1908, p. 30.

58. Pirquet (Von). — *Allergie*. Berlin, 1910.

59. Queyrat et Laroche. — Tuberculose ulcéreuse du pouce prise pour un chancre syphilitique. *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin 1908.

60. Ravaut. — L'action du néo-salvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses. *Annales de derm.*, août-septembre 1913.

61. Rist. — La réaction locale consécutive à l'injection probatoire de tuberculine. *Soc. d'études scient. sur la tub.*, février 1913.

62. Rist, Armand Delille et Lévy-Brühl. — Sur la prétendue bacillémie des tuberculeux. *Soc. d'études scient. sur la tub.*, avril 1913.

63. Rœmer et Joseph. — Die tuberkulœse Reinfektion. *Beitz. z. Klin. der Tub.* Bd XVII, Teft 3.

64. Rosenberger. — The présence of tubercle bacilli in the circulating blood in tuberculosis. *Centralblatt f. Bactériologie*, 1909. Orig. 295.

65. Rothe et Bierotte. — Untersuchungen über den Typus der Tuberkelbazillen bei Lupus vulgaris. *Deutsche med. Woch*, 29 août 1912.

66. Schidachi. — Uber Erythema induratum. *Archiv f. Derm.* Bd XC, S. 371, 1908.

67. Schmitt. — *De la valeur diagnostique et thérapeu-*

tique de la tuberculine en dermatologie. Th. Paris, 1907.

68. Schrœder. — Uber Tuberkulinbehandlung. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, t. XXIII, p. 21.

69. Sergent. — Formes scrofuloïdes de la syphilis. *Société méd. des hôpitaux*, 6 mars 1908.

70. Sommerville. — Scrofulous ulcers of the legs (Bazin's disease) success fully treaded by high frequency currents. *British med. Journal*, 4 février 1905, p. 244.

71. Thibierge. — Action curative des injections de tuberculine dans l'érythème induré de Bazin. *Volume jubilaire du professeur Barduzzi*, Livourne 1911, p. 477.

72. Thibierge et Ravaut. — Etude sur les lésions et la nature de l'érythème induré. *Annales de Derm.*, 1899, p. 513.

73. Thibierge et Weissenbach. — Traitement de l'érythème induré de Bazin par les tuberculines. *Soc. méd. des hôpitaux*, 17 mars 1911.

74. Weil (Mathieu-Pierre). — Les granulations de Much. *Revue de la Tuberculose*, décembre 1913.

75. Western. — A series of cases of scrofulodermia and lupus treated by tuberculin injections. *Royal Soc. of Medicine*. Derm. Section, 21 octobre 1908.

76. Zieler. — Experimentalle und klinische Studien zur Frage der « toxischen » Tuberkulose der Haut. *Archiv f. Dermat.* Bd 102, 1910.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

CHAPITRE PREMIER. — Les faits cliniques 9

CHAP. II. — Caractères généraux de l'affection. Étude nosologique 51

CHAP. III. — Formes voisines d'ulcères tuberculeux 75

CHAP. IV. — Les ulcères syphilitiques atypiques. Les ulcérations sporotrichosiques 80

CHAP. V. — Traitement 128

CONCLUSIONS 149

BIBLIOGRAPHIE 151